Reiner Anselm (Hg.)

Ethik als Kommunikation

Zur Praxis Klinischer Ethik-Komitees in theologischer Perspektive



Universitätsverlag Göttingen

Reiner Anselm (Hg.)

Ethik als Kommunikation



erschienen im Universitätsverlag Göttingen 2008

Reiner Anselm (Hg.)

Ethik als Kommunikation

Zur Praxis Klinischer Ethik-Komitees in theologischer Perspektive



Universitätsverlag Göttingen
2008

Bibliographische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Satz und Layout: Stephan Schleissing

http://univerlag.uni-goettingen.de
ISBN: 978-3-940344-18-2

Inhalt

ETHIK ALS KOMMUNIKATION ÜBER MORAL

Reiner Anselm und Stephan Schleissing

Zur Einführung

„Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie Ihren Arzt, Apotheker oder – das Klinische Ethik-Komitee in Ihrer Umgebung." Wenn auch nicht auf den Beipackzetteln von Medikamenten, so könnte diese Formulierung doch schon bald auf den Einweisungsformularen von Krankenhäusern zu lesen sein. Zwar haben bei weitem noch nicht alle Kliniken in Deutschland sog. Klinische Ethik-Komitees installiert; anders als in den USA sind diese hierzulande noch deutlich unterrepräsentiert. Aber insbesondere in konfessionellen Krankenhäusern ist seit gut zehn Jahren die Bereitschaft zur Institutionalisierung klinischer Ethikberatung sprunghaft gestiegen und es ist abzusehen, dass diese Akzeptanz sich im Zuge der Diskussion um die Qualitätssicherung auch in nicht-konfessionellen Häusern einstellen wird. Welche Aufgaben übernehmen Ethik-Komitees in Krankenhäusern und wie wird dort Ethik zum Thema? Wie kommunizieren Theologen und Pflegekräfte in diesen Gremien?

Mit diesen zwei Fragen beschäftigen sich die Beiträge dieses Bandes, der aus theologischer und philosophischer Sicht einige Ergebnisse des DFG-geförderten Forschungsprojekts „Ethik und Organisation" vorstellt, eines gemeinsamen, interdisziplinären Arbeitsvorhabens der Lehrstühle für Soziologie (Prof. Dr. Armin Nassehi) und Praktische Theologie (Prof. Dr. Michael Schibilsky †) der Universität München sowie dem Lehrstuhl für Ethik der Theologischen Fakultät

der Universität Göttingen. Die Texte entstammen einem Diskussionsprozess, der in den Jahren 2003 bis 2006 projektbegleitend in der gemeinsamen Arbeitsgruppe stattfand. Neben der soziologischen Fragestellung nach dem Einfluss von organisatorischen Prozeduren auf die Kommunikationsbildung, die am Lehrstuhl für Soziologie der LMU (Prof. Dr. Armin Nassehi) beforscht wurde, ging es in der theologischen Untersuchungsperspektive vor allem um die Funktion religiös-konfessioneller Traditionsbestände sowie den Einfluss des Orientierungswissens von Personen in Heilberufen auf Verständigungsprozesse in Klinischen Ethik-Komitees. Deren Kommunikation wurde mittels teilnehmender Beobachtung sowie durch Interviews erhoben.[1] In dem einführenden Beitrag von Friedrich Ley werden die beiden zentralen Fragenkomplexe des Buchs aufgeworfen und reflektiert sowie wesentliche Ergebnisse des Forschungsprojekts „Ethik und Organisation“ und mögliche Interpretationsvorschläge präsentiert. Auf seine Beobachtungen und Thesen nehmen die anschließenden Beiträge immer wieder Bezug.

Überblick

Die Einrichtung von Klinischen Ethik-Komitees ist eine direkte Reaktion auf die Professionalisierung des Medizinbetriebs und die Erfolge in der Medizintechnik. In seinem Beitrag macht *Friedrich Ley* deutlich, inwiefern Ethik-Komitees eine typisch moderne Reaktion auf die veränderten gesellschaftlichen, ökonomischen, organisatorischen und technischen Rahmenbedingungen des medizinischen Betriebes sind. Seit jeher bezeichnet man mit Fortschritt in der Medizin mehr als nur einen technischen Fortschritt. Gerade dessen unbestreitbare Erfolge stellen Mediziner, Pflegekräfte, Seelsorger und die Geschäftsführung zugleich vor neue Fragen und Probleme, denen man sich im Krankenhaus zu stellen hat. Es ist ein Grundtenor der in diesem Band versammelten Beiträge, dass Ethik in dieser Situation vor allem als eine „Chiffre der Thematisierung“ (Ley) von Problemen fungiert, für deren Bearbeitung komplexe Zuständigkeiten erforderlich sind. In der vorliegenden Untersuchung wird dieser kommunikationsorientierte Zugang zur Ethik nach zwei Seiten hin thematisiert. In einer ersten Perspektive wird der Frage nachgegangen, wie Theologinnen und Theologen (Klinikseelsorger, Religionslehrer, Ethiker) sowie Pflegekräfte in Klinischen Ethik-Komitees agieren und wie sie dort ihr professionsspezifisches Selbstverständnis zum Ausdruck bringen. Bei den theologischen ‚Experten‘ fällt zunächst auf, dass sie sich zumeist nicht mit Hilfe dezidiert theologischer Inhalte profilieren, sondern sich eher hermeneutisch an den kommunikativen Bedingungen von Verständigung ausrichten. Ley resümiert: „Theologen markieren die wechselseitigen Verstehens-

[1] Vgl. zur näheren Perspektive der Untersuchung und den methodischen Fragen die Ausführungen bei Ley in diesem Band, 24ff.

grenzen, indem sie selbst ihre eigenen Verstehensgrenzen für alle sichtbar markieren. Sie tun damit nichts, was andere nicht auch tun können. […] Als Experten außerhalb ihres traditionell angestammten Terrains verfügen sie [aber] über die Möglichkeit, frei von den klinisch präfigurierten Gegebenheiten und Geflogenheiten dem Interesse der ethischen Urteilsbildung nachzugehen, während die Mehrheit der anderen Diskursteilnehmer in irgendeiner Weise den Verpflichtungen und Eigengesetzlichkeiten ihrer professionellen Beteiligung am Klinikbetrieb nachzukommen hat." Dann stellt sich aber die Frage, wie diese professionsbedingte ‚Extraterritorialität' theologisch zu interpretieren ist. Ley selber deutet an, dass die ethische Funktion des theologischen Experten gerade in der reflektierten Rolle als ‚Nicht-Experte' thematisch wird. In dieser Haltung ermöglicht z. B. der Seelsorger durch seine Zurückhaltung gegenüber religiöser Positionalität allen anderen Teilnehmer an einer klinischen Ethikberatung eine kommunikative Anschlussfähigkeit, die angesichts von hierarchischer Asymmetrie und weltanschaulicher Pluralität nicht als ‚Profilschwäche', sondern als wesentlicher Katalysator der Bedingungen von Konsensfindung beschrieben werden kann.

Diese Überlegungen leiten über zu einem zweiten Themenkomplex, der sich mit den spezifischen Rahmenbedingungen der Kommunikation in Ethik-Komitees beschäftigt, wie sie durch die Organisation des Krankenhauses gegeben sind. Fungiert ‚Ethik' im diskursiven Kontext eines Krankenhauses vor allem als rationales Verfahren der Entscheidungsfindung in moralischen Konflikt-situationen, oder artikuliert sich ethische Reflexion primär prozedural als Ausgestaltung personaler Beziehungen zwischen Menschen, die im Alltag einer Organisation auch dann zusammenarbeiten müssen, wenn sie die Probleme in einem Krankenhaus unterschiedlich wahrnehmen bzw. bewerten? Zugespitzt gefragt: Was ist das Ziel ethischer Kommunikation in Klinischen Ethik-Komitees – Problem*lösung* oder Problem*beschreibung*? Und wie lässt sich diese Wahrnehmung von Konflikten ethisch beschreiben? Angesichts einer allgemeinen Tendenz zur Versachlichung, ja Objektivierung pragmatischer Fragen im Gesundheitswesen konstatiert Ley für die Verständigung innerhalb der klinischen Ethikberatung das Bestreben einer Wiedergewinnung der Subjektorientierung im Modus ethischer Kommunikation. In dieser Perspektive bringen die Komiteeteilnehmer unter der Chiffre ‚Ethik' dann vor allem die Unhintergehbarkeit des Individuums mitsamt seines Anspruchs auf Achtung der eigenen Person zum Ausdruck, die nicht einfach zugunsten eines reibungslosen Funktionierens in der Organisation zu suspendieren ist.

PERSON – ROLLE – ORGANISATION

Dem ersten Fragenkomplex wird in mehrfacher Perspektive nachgegangen; zum einen werden sowohl die Berufsgruppe der Theologinnen und Theologen als auch

die der Pflegekräfte gesondert betrachtet, zum anderen werden bei den Theologinnen und Theologen sowohl die sprachlichen Äußerungen als auch das Selbstverständnis und die verkörperten Rollenkonzepte als Seelsorger untersucht und zueinander in Beziehung gesetzt.

Die Frage, wie Klinikseelsorger und andere Theologen ihr ‚Expertentum' in Klinischen Ethik-Komitees artikulieren, steht im Zentrum des Beitrags von *Anne-Kathrin Lück*. Anhand repräsentativer Beispiele aus Beobachtungsprotokollen zeigt sie, dass Seelsorger, die eine dezidiert theologische Semantik pflegen bzw. als Experten für kirchliche Positionen auftreten, in Ethik-Komitees zumeist Schweigen ernten. Das dürfte einer der Gründe sein, warum sie in dieser Rolle eher selten agieren und stattdessen eine vor allem mitfühlende Patientensicht ausdrücken. Im Anschluss an den Religionsbegriff von Niklas Luhmann macht Lück plausibel, dass die Theologen durch ihr Engagement sowohl für den kranken Einzelnen als auch bei der Moderation von Ethikberatung sehr wohl eine soziologisch beschreibbare religiöse Rolle einnehmen. So können sie als ‚Agenten' einer Transzendenz wahrgenommen werden, die nicht durch einen expliziten religiösen Code, sondern vor allem durch die institutionelle Herkunft als kirchliche Mitarbeiter symbolisiert wird. Insofern misst man Theologen auch gerne eine besondere Kompetenz für Verfahrensfragen zu, denn der ihrer Person zugeschriebene institutionell garantierte Transzendenzbezug generiert die Hoffnung, dass – bei aller Pragmatik im Einzelnen – das ‚Ganze' der Kommunikation Sinn macht.

Wie sehen nun die Theologen selber ihre Rolle im Klinischen Ethik-Komitee? Diese Frage stellt sich *Constantin Plaul* in seiner Analyse von Interviews mit Theologen und seine Ergebnisse konvergieren in vielen Punkten mit den Beobachtungen Lücks. Je mehr sich Seelsorger als theologische Experten für ganz bestimmte Wissensbestände halten, umso stärker äußern sie Unzufriedenheit im Ethik-Komitee bzw. fühlen sich fehl am Platz. Umgekehrt nehmen sich diejenigen als gut integriert wahr, die sich als „Experten fürs Religiöse gleichsam als Experten fürs Unsichtbare" (Plaul) verstehen und auf diesem Weg nicht einen bestimmten ‚Platz' besetzen, sondern Freiräume abstecken, die es den anderen Gesprächspartner ermöglichen, ihre Erwartungen – aber auch Enttäuschungen! – so zu äußern, dass sie sich dabei nicht an den Rand der Organisation Krankenhaus gedrängt fühlen. Diese Unsichtbarkeit kommunikativ herzustellen ist dabei traditionell die Domäne des Sakraments, was erklärt, dass Theologen auch in ethischen Debatten weniger als Propheten, denn in ihrer darstellenden Rolle als Pastoren gefragt sind.

Den kirchlichen Ort der Klinikseelsorge in seinem Kontrast zu den Organisationsroutinen des Krankenhauses hebt auch *Anne Brisgen* hervor, die Interviews mit Seelsorgern im Hinblick auf ihr eigenes Berufsverständnis untersucht. Deutlich wird, dass diese gerade auch im Kontext ethischer Fragestellungen einen dezidiert seelsorgerlichen Ansatz vertreten und sich selber primär

als „Katalysatoren“ einer Spiritualität verstehen, die gegenüber engen normativen Erwartungen an das Ichideal vor allem einen authentischen Umgang mit eigenen Grenzen fördert. Das setzt vor allem die Einübung in eine sensible Sprache voraus, – ein Anspruch, der es nach Brisgen notwendig macht, weniger die Dogmatik als die Poimenik als Referenzwissenschaft kirchlichen Handelns im Bereich christlicher Ethik anzusehen.

Mit der Berufsgruppe der Pflegenden beschäftigt sich *Mareike Lachmann*, wobei sie sich auf die berufs- wie alltagsbiographischen Dimensionen in ihrer Relevanz für die Ethik der Pflege konzentriert. Diese vor allem begründen eine kritische Distanz zu einer Wahrnehmung des kranken Menschen als bloß medizin-technischem Objekt. An Hand von biographischen Interviews macht Lachmann deutlich, dass die Pflegenden ihre Aufgabe moralisch vor allem vom Wert gegenseitiger Anerkennung her verstehen, dessen Institutionalisierung sie in der Form von Klinischen Ethik-Komitee positiv gegenüberstehen. An die Kommunikation innerhalb der Komitees richten sie vor allem die Erwartung, mit ihrer eigenen personenorientierten Kompetenz – Lachmann knüpft hier vor allem an das Konzept des „hermeneutischen Fallverstehens“ (Ulrich Oevermann) an – professionelle Anerkennung zu finden. Insofern kann man die Einrichtung von Ethik-Komitees auch als Professionalisierungsfaktor in der Krankenpflege verstehen.

ETHIK ALS KOMMUNIKATION ÜBER MORAL

Der zweite Fragenkomplex ergänzt die Perspektive auf einzelne Akteure in den Ethik-Komitees durch drei Zugänge auf der Organisationsebene der Ethik-Komitees. Der Schwerpunkt liegt dabei auf den strukturellen Besonderheiten, die Ethik in der Organisationsform der Ethik-Komitees annimmt.

Stephan Schleissing geht in seinem Beitrag der Frage nach, ob die Befürchtung der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer realistisch ist, wonach Diskussionen in Ethik-Komitees angesichts strittiger moralischer Bewertungen dahin tendieren, verantwortliche Entscheider rückwirkend zu ‚tribunalisieren’. Demgegenüber zeigt er am Beispiel der Diskussion über einen moralisch empörenden Fall, wie die Kommunikation in Ethik-Komitees dahin drängt, eine mögliche Moralisierung des Problems durch die allseits intendierte Anerkennung des ‚Falles’ als eines ethischen Dilemmas zu entschärfen. Indem so ein moralisches Problem einer Entweder-oder-Bewertung entzogen wird, wird es zugleich als Kommunikationsproblem chiffriert. Dies eröffnet eine Wahrnehmung des Konfliktes mit dem Ziel, die Achtung der handelnden bzw. betroffenen Personen als ethisch relevant herauszustellen, was die Aussicht wahrscheinlicher macht, es künftig – wiederum: durch Kommunikation – besser machen zu können.

In ihrer Analyse der Funktionsweise und Selbstwahrnehmung von Klinischen Ethik-Komitees innerhalb der Organisation Krankenhaus beobachtet *Julia Inthorn,* dass in diesen Komitees Einzelfälle immer nur im Sinne eines funktional (noch) nicht gelösten Problems zum Thema gemacht werden können, durch das die Rahmenbedingungen des Falls – z. B. Sparmaßnahmen – aber nicht in Frage gestellt werden. Dabei fungieren Verfahrensregeln als zentrales ethisches Grundprinzip, wobei die intendierten Kommunikationsformen vor allem darauf abheben, einen Perspektivenwechsel zum jeweiligen Problem zu ermöglichen, um unterschiedliche Sichtweisen auf den jeweiligen Fall zumindest kommunikabel, wenn nicht sogar – bei bleibender professionsspezifischer Differenz! – anerkennungsfähig zu machen. Nicht der Konsens in Geltungsfragen, wie es die Diskursethik von Jürgen Habermas intendiert, sondern die Kommunikation als solche stellt dabei einen zentralen Wert da. Diese wird als ‚ethische' wahrgenommen, weil es eben elementare Beziehungsaspekte sind, die sich in diesen Diskussionen artikulieren. Weil Moral vor allem als ein wechselseitiges Wahrnehmen von Positionen und die Kommunikation über die verschiedenen Standpunkte verstanden wird, vermag sie so zumindest im organisationalen Innenbereich des Komitees integrierend zu wirken.

Ebenso wie Inthorn hebt auch *Reiner Anselm* in seinem abschließenden Beitrag hervor, dass die landläufigen Erwartungen an die Ethik der Ethik-Komitees im Krankenhaus sich nicht mit ihrem faktischen Vollzug deckt. Nicht substanzielle Fragen wie die generelle Klärung des Beginns menschlichen Lebens machen die Arbeit der Komitees aus, sondern vielmehr die strukturell asymmetrischen Praktiken der Organisation selbst. Dass ausgerechnet an Klinische Ethik-Komitees die Erwartungen herangetragen wird, diese organisationsspezifischen Defizite bearbeitbar zu machen, weist nach Anselm darauf hin, dass auch zweckrationale Einrichtungen ohne einen wertrationalen Diskurs nicht funktionieren können. Auffallend ist nun, dass dieser Diskurs nicht als moralischer Begründungsdiskurs geführt wird, sondern als Ausdruck einer immer schon geteilten Gemeinsamkeit artikuliert wird, die besteht, weil die Institution „Krankenhaus" als organisatorisches Ganzes diesen Common Sense als „Institutionenmoral" (Wolfgang Krohn) eben immer schon voraussetzt. Deshalb stehen auch in erster Linie Verfahrensfragen im Mittelpunkt der Diskussionen, denn in ihnen drückt sich das Wissen aus, dass Ethik in ausdifferenzierten Organisationen gegenwärtig vor allem über Fragen der Partizipation zum Thema wird.

Vielleicht ist dies eine Erklärung über die allseits zu beobachtende Akzeptanz von Theologen in Klinischen Ethik-Komitees: Weil sie als „Experten fürs Unsichtbare" (Plaul) angesehen werden, vergegenwärtigen sie symbolisch in ihrer Rolle als Seel-Sorger jene ideale Einheit der Organisation, ohne die in der gelebten Alltagswelt eine funktionsspezifische Ausdifferenzierung in Expertenkulturen nicht gelingen könnte. Wahrnehmen können Theologen diese Rolle unter

pluralistischen Bedingungen aber vor allem durch eine kompetente Moderation von Kommunikationsprozessen, was im positiven Fall zur Folge hat, dass die Achtungsbereitschaft in moralisch konfliktträchtigen Situationen wächst und dadurch auch die anderen Beteiligten die Grenzen ihres Expertenstatus ohne Gesichtsverlust anerkennen können. Hierin ist auch die Verbindung zwischen den beiden Fragenkomplexen zu sehen: Indem Theologinnen und Theologen die Moderatorenrolle übernehmen, tragen sie auf ihre Weise zur Sicherung der Organisationsform von Ethik bei, wie sie in Klinischen Ethik-Komitees ihren Ausdruck findet.



ÜBERBLICK

Friedrich Ley

Ethik und Organisation

Soziologische und theologische Perspektiven auf die Praxis Klinischer Ethik-Komitees

1. Expansion des Ethischen

Seit etwa Mitte des 20. Jahrhunderts hat die öffentliche Sichtbarkeit der Ethik in bemerkenswertem Maße zugenommen. Diese Tendenz scheint sich in der Gegenwart eher noch fortzusetzen als abzuschwächen. „Ethik ist heute gefragt. Für sie besteht ein öffentlicher Bedarf.“[1] Umfassende Förderprogramme, der Auf- und Ausbau spezieller Forschungseinrichtungen, vor allem jedoch die vermehrte Einsetzung von Ethik-Kommissionen und anderen ethischen Kontroll- und Beratungsgremien in den verschiedensten gesellschaftlichen Zusammenhängen signalisieren eine zunehmende Bedeutung aktueller ethischer Fragestellungen. Die Ethik als Wissenschaft reagiert auf die Vielzahl potentieller Systembezüge durch eine zunehmende Ausdifferenzierung ihrer Teildisziplinen. Die klassischen Loci der Sozialethik transzendieren den Ort ihrer genuinen thematischen Entfaltung und verselbständigen sich zu eigenständigen Bearbeitungskomplexen, etwa in

---

[1] So beispielsweise der Züricher Sozialethiker Fischer, Johannes (2002): Theologische Ethik. Grundwissen und Orientierung, Stuttgart / Berlin / Köln, .8.

Gestalt der Wirtschaftsethik, der Umwelt- und Friedensethik, der Sexualethik, der politischen Ethik usw. Neue Disziplinen, wie etwa die Medienethik oder die Bioethik treten hinzu. Insbesondere im Bereich der „angewandten Ethik", die am stärksten von der aktuellen Entwicklung profitiert, zeigt die ethische Disziplin eine überaus flexible Anpassung des von ihr behandelten Themenkataloges in Reaktion auf zentrale gesellschaftliche Problemstellungen.

Im Zuge einer fortschreitenden Spezialisierung und Professionalisierung bilden dann auch die einzelnen Teildisziplinen weitere Unterdisziplinen aus. Als in sich differenzierte Bereiche der Wirtschaftsethik beispielsweise etablieren sich die Unternehmens- und die Führungsethik. Die Unternehmensethik wiederum kann, wie der häufig auch nebengeordnete Gebrauch zum Begriff der Wirtschaftsethik zeigt, zugleich als ein Synonym ihrer Ausgangsdisziplin verstanden werden.[2] Überdies werden andere, ehemals selbstständige Themenbereiche unter die neu gebildeten Begriffe subsumiert. So umfasst die Bioethik heute nicht nur die Tier- und Umweltethik, sondern auch die weit früher entstandene Medizinethik. Neben die Medizinethik wiederum gesellt sich die Pflegeethik, die aber ihrerseits erst auf eine vergleichsweise kurze Geschichte als eigenständige, professionelle Disziplin zurückblicken kann.[3]

2. Fokussierung auf die klinische Ethik

Wachsende Aufmerksamkeit erfährt derzeit vor allem der Bereich der klinischen Ethik, in dem die Aspekte der Medizin- und der Pflegeethik in direkter Weise aufeinander bezogen sind. In der öffentlichen Wahrnehmung nimmt die klinische Ethik nachgerade eine paradigmatische Stellung ein. Sie kann daher gleichsam als Teil für das Ganze stehen. Die Fokussierung auf medizinisch-klinische Themenstellungen, die auf die ethischen Debattenzusammenhänge überspringt, ist durch übergeordnete gesellschaftliche Entwicklungen mitbedingt.[4] Denn unter den modernen Funktionssystemen der Gesellschaft genießt die Medizin in vieler Hinsicht den Status einer Schlüsseldisziplin. Nicht zuletzt die biotechnischen und die bioethischen Debatten der letzten Jahrzehnte haben die Medizin gewisser-

[2] Das „Lexikon der Wirtschaftsethik" definiert seinen Gegenstand wie folgt: „Wirtschaftsethik (Unternehmensethik) befasst sich mit der Frage, wie moralische Normen und Ideale unter den Bedingungen der modernen Wirtschaft (von den Unternehmen) zur Geltung gebracht werden können" (hrsg. von Georges Enderle, Karl Homann, Martin Honecker, Walter Kerber, Horst Steinmann (1993), Freiburg / Basel / Wien, 1287).

[3] Ausdifferenzierungs- und Neuzuordnungsprozesse vollziehen sich zeitlich parallel. Diese Art Wechselbestimmungen könnten darauf hindeuten, dass sich die progressive Differenzierungsdynamik teilweise in sich selbst hinein aufhebt.

[4] Nimmt man den beachtlichen Anteil gesundheitsbezogener Themen in der Berichterstattung der Medien als einen Gradmesser ihres gegenwärtigen Interesses, so ist von einer gestiegenen Relevanz medizin(eth)ischer Fragen für die öffentliche Meinungsbildung auszugehen. Für die Zuverlässigkeit dieser Einschätzung spricht, dass umgekehrt auch die öffentliche Meinung für die gesundheitspolitischen Entscheidungszusammenhänge eine immer stärkere Bedeutung gewinnt.

maßen zum Inbegriff der modernen Wissenschaften avancieren lassen. Sie besticht durch hohe Effizienz, strenge Rationalität und die Tendenz permanenter Selbststeigerung. Ihr augenfälliger Anwendungsbezug und ihre hohe biographische Präsenz[5] bescheren der Medizin nicht nur eine breite gesellschaftliche Akzeptanz, sondern lassen sie zugleich in den Fokus weit reichender Grundsatzüberlegungen treten, die sich wechselwirkend aus der Relation zu den anderen großen Systemen der Gesellschaft und den angrenzenden Fachdisziplinen ergeben.

Auf der Ebene der sozialen Systeme sind es vornehmlich die Wirtschaft, das Recht und die Politik, die als korrelierende Instanzen auftreten. Im Zusammenhang des wissenschaftlichen Diskurses sehen sich vor allem die Disziplinen der Grundlagenforschung und der Anwendungstheorie gefordert, auf die medizinische Entwicklung Bezug zu nehmen. Dies kann sowohl vorbereitend und zuarbeitend als auch relativierend oder problematisierend geschehen. Schließlich bleibt auch die Öffentlichkeit von den sachlichen Auseinandersetzungen um die praktischen Konsequenzen laufender Umstrukturierungsprozesse nicht unberührt. Neben den rechtlichen und sozialen Problemstellungen sind es zum gegenwärtigen Zeitpunkt vor allem die ökonomischen Fragen, die im Mittelpunkt einer meist kontrovers geführten Auseinandersetzung stehen.

Vor dem Hintergrund sinkender Einnahmen und des sich abzeichnenden Wandels der Altersstruktur gerät das Gesundheitssystem immer mehr in das Zentrum ethisch reflektierender Betrachtung. Das drohende Ungleichgewicht zwischen Beitrags- und Behandlungsleistungen, auf das durch verschiedene demographische und ökonomische Berechnungen medienwirksam hingewiesen worden ist, gibt zu Befürchtungen Anlass, welche die Priorisierung und Rationierung medizinischer Leistungen betreffen. Zusätzliche Impulse der Debatte machen sich an den Aspekten der Technisierung und der Verrechtlichung medizinischer Organisations- und Funktionszusammenhänge fest. Themen wie die Lebendorganspende, die Patientenverfügungen oder die Patientenaufklärung kommen auf der Schnittstelle dieser Entwicklungen zu stehen. Weiterhin gilt die Pluralisierung der moralischen und wertbezogenen Einstellungen als ein auslösender Faktor für einen gestiegenen ethischen Orientierungsbedarf.

Ursächliche und nebenursächliche Bedingungsfaktoren dieses Prozesses werden nach Anzahl und Gewicht in der aktuellen Diskussion sehr unterschiedlich bestimmt. Während bis etwa Mitte der 1990er Jahre die Technisierung der Medizin als das bevorzugte Erörterungsparadigma galt, bildet in der Gegenwart der Gesichtspunkt der Ökonomisierung des medizinischen Betriebes einen

[5] Laut der Studie „Health Care Monitoring 2004", die das Kölner Marktforschungs- und Beratungsinstitut psychonomics AG gemeinsam mit der Acxiom Corporation durchführte, suchten die Bundesbürger (repräsentative Befragung der Gesamtbevölkerung ab 16 Jahren) im Jahr 2003 durchschnittlich 4,4 mal einen Haus-, Fach- oder Zahnarzt auf. Quelle: www.marketing-marktplatz.de/Relation/HealthCMonitor.htm. (zuletzt aufegrufen 07.Mai 2007)

gewissen Kristallisationspunkt der Debatte. Die anderen, sekundierenden Faktoren fließen jeweils in die Problembeschreibung mit ein. Welche dies sind und wie viel Bedeutung ihnen in der jeweiligen Argumentation zugemessen wird, ist von dem Standpunkt der Betrachtung abhängig. Während in der Diskussion um die Patientenverfügungen die Aspekte der Technisierung und der Patienten-autonomie auf der Basis des Rechts zu vermitteln sind, ist die Kontroverse um die Rationierung medizinischer Leistungen fast ausschließlich von ökonomischen und sozialpolitischen Kriterien getragen, wodurch spezifisch medizinische und selbst die rechtlichen Aspekte in den Hintergrund treten. Sowohl im einen wie auch im andern Falle wird die Ethik als eine Art Vermittlungsinstanz angerufen, über die eine diskursive Integration der Argumente zu leisten sei. Nicht nur, dass die Vertreter der beteiligten Disziplinen und tangierten Interessenbereiche die ethische Fragestellung gleichsam von selbst aufs Tapet bringen. Auch die von vielen Beteiligten unterstellte Problemlösungskompetenz lässt nach der spezifischen Funktion der Ethik im Kontext gesellschaftlicher Organisationen fragen. Denn die augenscheinliche Selbstevidenz des Ethischen muss insofern verwundern, als ein begrifflich reflektiertes Verständnis der Ethik in der Regel nicht gegeben ist. Die Mehrheit der Leistungs- und Entscheidungsträger sozialer Organisationen operiert mit einem weitgehend unterminologischen Begriff von Ethik.

Allerdings stellt sich die Situation auch in der dezidiert fachwissenschaftlichen Diskussion nicht grundlegend anders dar. Denn nicht zuletzt im Rahmen der sie betreffenden akademischen Disziplinen hat die gesellschaftliche Attraktivität der Ethik zu einer beinahe unmerklichen Verwischung des Begriffshorizontes geführt. Obgleich die ethische Perspektive in fast allen großen gesellschaftlichen Fragen als ein zentraler Modus der Problembeschreibung auftritt, ist es der Forschung bislang kaum gelungen, die kommunikativen Bedingungen und den besonderen Erschließungswert der Verwendung ethischer Semantiken näher zu bestimmen. Welche spezifische Funktion oder Leistung die Ethik über die primäre thematische Bezugnahme hinaus für die Klärung der zugrunde liegenden Problemstellungen zu erbringen hat, bleibt – trotz der weit gespannten Erwartungen, die gemeinhin an sie geknüpft werden – weitgehend unklar.

3. Perspektive der Untersuchung

Ziel der in diesem Band vorgelegten Untersuchung ist es, die Strukturen ethischer Entscheidungen in Organisationen hinsichtlich ihrer konstitutiven Bedingungen transparent werden zu lassen. In einem interdisziplinären Forschungsprojekt der Universitäten München und Göttingen wurden in einem Projekt der Deutschen Forschungsgemeinschaft über einen Zeitraum von mehreren Jahren (2002-2006) die weltanschaulich-konfessionellen Bedingungen und kommunikativen Strukturen

ethischer Entscheidungen in Organisationen untersucht.[6] Beteiligt waren das Institut für Soziologie (Armin Nassehi) und der Lehrstuhl für Praktische Theologie (Michael Schibilsky †) der Ludwig-Maximilians-Universität sowie der Lehrstuhl für Ethik (Reiner Anselm) der Theologischen Fakultät der Georg-August-Universität. Neben der kultur- und organisationssoziologischen Erforschung grundsätzlicher Struktur- und Funktionsweisen klinischer Ethikdiskurse geht es in der Studie vor allem um die Frage nach der Genese ethischen Orientierungswissens in konkreten medizinisch-pflegeethischen Konfliktfällen. Das Hauptaugenmerk gilt dabei weniger den materialen als vielmehr den prozessualen Voraussetzungen ethischer Entscheidungsabläufe auf der Basis eines komplexen Wechselwirkungszusammenhanges zwischen den individuellen Moralen der Beteiligten und der Moral der Institutionen, im Kontext derer diese interagieren.

Die Untersuchung fand auf drei unterschiedlichen Ebenen statt: Auf einer ersten Ebene der Beobachtung wurden die Prozesse und Interaktionsformen innerhalb Klinischer Ethik-Komitees zum Untersuchungsgegenstand gemacht. Dabei lag der Schwerpunkt zuerst auf der Art der Institutionalisierung von Ethik innerhalb des Gremiums, auf den Formen der Entscheidungsfindung und dem kommunikativen Setting, in dem über ethische Fragen gesprochen wird. Auf einer zweiten Ebene wurde ein individueller Zugang mit der Frage gewählt, welche Voraussetzungen die Beteiligten in den Klinischen Ethik-Komitees in ihre Arbeit einbringen. Dabei waren das Berufsverständnis, die Sicht der eigenen Beteiligung im Ethik-Komitee und die Einschätzungen hinsichtlich dieses Gremiums wie auch ihrer Wechselwirkung von besonderer Bedeutung. Die dritte Ebene befasste sich mit persönlichen Einstellungen und Werthaltungen sowie der kulturellen Prägung der Mitglieder des Ethik-Komitees. Hier lag das Interesse vornehmlich auf der Frage, wie diese Faktoren das Engagement in einem solchen Gremium prägen bzw. das Selbstverständnis des Gremiums mit bestimmen oder tragen.

Entsprechend war das methodische Vorgehen mehrstufig. Zunächst wurden vier Klinische Ethik-Komitees für die Erhebung ausgewählt.[7] Berücksichtigung fanden bei der Auswahl sowohl die Größe der Stadt und des Krankenhauses, in dem das Komitee angesiedelt ist, als auch die institutionelle Struktur des Krankenhauses, d.h. der Faktor, ob es sich um ein Universitätsklinikum, ein städtisches Krankenhaus oder um ein Krankenhaus in kirchlicher Trägerschaft handelt. Hierbei wurde versucht, eine möglichst große Vielfalt an Rahmenbedingungen zu berücksichtigen. Die weitere Erhebung beruhte auf verschiedenen qualitativen Verfahren, die durch unterschiedliche methodische Zugänge die verschiedenen

[6] Der bei der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geführte Titel des Projektes lautet: „Klinische Ethik-Komitees: Weltanschaulich-konfessionelle Bedingungen und kommunikative Strukturen ethischer Entscheidungen" (Na 307/4-1).

[7] Die Orte und Bezeichnungen der Krankenhäuser wurden in allen Dokumenten anonymisiert, die Orte haben die Bezeichnungen Wiesengrund, Hochburg, Horntal und Endheim erhalten.

Ebenen der Fragestellung zugänglich machen sollten. In einem ersten Schritt wurden teilnehmende Beobachtungen durchgeführt, um die Interaktionsmuster und Begründungsstrukturen innerhalb des Diskurses der Ethik-Komitees zu erfassen.[8] Parallel dazu wurden mit nahezu allen Teilnehmenden der Ethik-Komitees sowohl Experteninterviews als auch biographische Interviews durchgeführt.[9] Beide Interviewformen wählen einen nicht-direktiven, einem Alltagsgespräch sehr ähnlichen Zugang, bei dem die Schwerpunktsetzung der Themen durch den Interviewten vorgenommen wird. Hierbei wurde versucht, auf individueller Ebene Einschätzungen und Bedeutungskonstruktionen hinsichtlich der Arbeit der Ethik-Komitees und des Engagements der Einzelnen darin zu erfahren. Die Auswertung mittels interpretativ-hermeneutischer Verfahren rekonstruiert die verschiedenen Perspektiven und Ebenen und setzt sie zueinander in Beziehung.[10]

Die Kombination einer theologischen Perspektive auf die weltanschaulich-konfessionellen Argumentationsmuster mit einer soziologischen Perspektive auf Prozesse der Entscheidungsfindung als kommunikativer Strategie in Organisationen verspricht aufschlussreiche Erkenntnisse über die Konstitutionsbedingungen ethischer Entscheidungen im Kontext institutionell bestimmter Diskursivität. Im Hintergrund dieser Fragestellung steht die Beobachtung, dass Verständigungsprozesse in moralischen Konflikten vor allem in Organisationen diskursiven Regeln und Strategien unterliegen, die die Bedeutung inhaltlicher und prozessualer ethischer Standards wenn nicht außer Kraft setzen, so doch zumindest relativieren. Ethische Entscheidungsfindungen in Krankenhäusern sind von der gerade geschilderten Problematik in besonderer Weise betroffen, da die Konfliktfälle, die in diesem Kontext behandelt werden, in ihrer Tragweite gegebenenfalls bis an die Grenze von Leben und Tod heranreichen. Die Palette der Themen, die im Sektor klinischer Ethik bearbeitet werden, reicht von der Frage der Therapiebegrenzung bis zum Problem der Behandlungsfolgen und -kosten, von der Frage der medizinischen Sterbehilfe bis zum Problem der angemessenen Reaktion auf Grenzfälle wie z.B. das „Erlanger Baby“, das bundesweit Aufmerksamkeit erregt hat. Solche Entscheidungsprobleme erscheinen aufgrund ihrer Transzendierung professioneller Routinen nun nicht mehr als Probleme professionellen Wissens und Handelns, sondern als mit Moralfragen

[8] Die Beobachtungsprotokolle der teilnehmenden Beobachtungen von jeweils zwei Beobachtern liegen verschriftlicht und anonymisiert vor.

[9] Sowohl die Experteninterviews als auch die biographischen Interviews liegen in verschriftlichter und anonymisierter Form vor.

[10] Der Verweis auf die Beobachtungsprotokolle und Interviews erfolgt in der Darstellung nach folgendem Schema: der erste Buchstabe bezeichnet die Erhebungsart (T für teilnehmende Beobachtung, E für Experteninterview und B für biographisches Interview), die beiden nächsten Buchstaben bezeichnen den Erhebungsort (WG für Wiesengrund, HB für Hochburg, HT für Horntal und EH für Endheim), die anschließenden Zahlen geben die fortlaufende Nummer des Protokolls bzw. Interviews an. Zitiert wird die jeweilige Zeile eines Protokolls bzw. Interviews.

infizierte Probleme, die als „ethische“ konstruiert und zum Gegenstand eines interdisziplinären Diskurses gemacht werden.

4. Einrichtung Klinischer Ethik-Komitees

Die fraglose Akzeptanz der Ethik in vielen gesellschaftlichen Bereichen, etwa im Kontext von medizinischen Organisationen, drängt auf eine nähere Erklärung. Denn es fällt auf, dass die Erwartungshaltung gegenüber der Ethik und die Zustimmungsbereitschaft zu der Absicht diesbezüglich initiativ zu werden, sehr viel größer ist, als die Fähigkeit, ihre Notwendigkeit und Zwecksetzung im Einzelnen zu begründen. Was sind die Gründe dafür, dass der Wunsch nach „mehr“ Ethik in letzter Zeit immer nachdrücklicher formuliert wird? Die allgemeine Konjunktur der Ethik lässt nach einem konkreten Organisationszusammenhang fragen, an dem dieses Phänomen anschaulich fassbar wird.

Ein, wie es scheint, überaus praxisnahes Anwendungsfeld der Ethik tritt seit geraumer Zeit in Gestalt „Klinischer Ethik-Komitees“ in den Blick. Hierbei handelt es sich um ethische Beratungsgremien an Krankenhäusern, in denen Fälle aus der klinischen Praxis, die als moralisch besonders belastend oder problematisch gelten, beratend diskutiert und ethisch reflektiert werden können. In Deutschland sind Klinische Ethik-Komitees noch vergleichsweise neue Erscheinungen. Während in den USA so genannte „Hospital Ethics Committees“ (HECs) bereits seit den 60iger Jahren des 20. Jahrhunderts entwickelt und in den Organisations- und Funktionszusammenhang der Krankenhäuser integriert wurden, hat die Implementierung vergleichbarer Einrichtungen in deutschen Kliniken erst gegen Ende der 90iger Jahre eingesetzt. Nach zunächst zögerlichem Beginn ist die Anzahl der Neugründungen vor allem in den letzten Jahren deutlich angestiegen. Heute wird nach einer Umfrage des Zentrums für Gesundheitsethik Hannover mit insgesamt mehr als 120 Ethik-Komitees an deutschen Krankenhäusern gerechnet. Wie ist diese Entwicklung zu erklären? Die nähere Analyse der Gründungsbedingungen zeigt, dass vor allem drei Faktoren bei der Einrichtung Klinischer Ethik-Komitees eine entscheidende Rolle spielen.

Zunächst wird in der Fachliteratur und den ersten Erfahrungsberichten aus den Krankenhäusern selbst immer wieder auf die *Tempobeschleunigung* und die *Komplexitätssteigerung* der medizintechnischen Entwicklung sowie auf die wachsende Verunsicherung über die moralische Zulässigkeit und Verantwortbarkeit der damit gegebenen Behandlungs- und Verfahrensoptionen verwiesen. Im Kern der Problemanzeige steht eine steigende moralische Belastung des Klinikpersonals. Zwar gibt es seit längerem stationsinterne Diskussionsforen, vor denen ethische Probleme und Konflikte in zumeist fallbezogenen Thematisierungsformen zur Sprache kommen, doch scheint die Tragweite des empfundenen Problemdrucks die Kapazitäten dieser Instanzen bei Weitem zu überschreiten. Das Leistungspotential interdisziplinär besetzter Komitees, die von einem dezidiert ethischen

Standpunkt aus eine Reflektion moralisch intrikater Problemstellungen der medizinischen Praxis ermöglichen sollen, liegt der Erwartung nach deutlich höher.

Ein zweiter Beweggrund für die Einrichtung Klinischer Ethik-Komitees ist in den aktuellen *Zertifizierungsmaßnahmen* an deutschen Krankenhäusern zu sehen. Im Zuge der Verbesserung von Transparenz und Qualität in Krankenhäusern werden die Kliniken verstärkt Verfahren der Selbst- und Fremdbewertung unterzogen. Zertifizierungen, die ursprünglich für das Qualitätsmanagement in Wirtschaftsbetrieben entwickelt worden sind, etwa die nach der Norm ISO 9001, finden inzwischen immer häufiger Anwendung auf Einrichtungen des Gesundheitswesens. Die Zertifizierungsprogramme KTQ und proCum Cert, die in Deutschland am verbreitetsten sind, beziehen das Vorhandensein eines Ethik-Komitees in einem Krankenhaus positiv in ihre Gesamtbewertung ein. Es ist offenkundig, dass es in diesem Zusammenhang auch darum geht, unter den Voraussetzungen eines immer härter werdenden Verdrängungswettbewerbes die Durchsetzungschancen der einzelnen Kliniken zu erhöhen. Im Hintergrund der Zertifizierungsprozesse steht daher nicht zuletzt das Interesse, durch die Forcierung von Marktkräften versteckte organisationsinterne Rationalisierungspotentiale freizusetzen und diese im Sinne der Effizienzsteigerung und Wirtschaftlichkeitsoptimierung der Krankenhäuser nutzbar zu machen.

In der Erstellung so genannter „*Leitbilder*“, drittens, trifft das Artikulationsbedürfnis ethischer Reflexivität in direkter Weise mit dem Bestreben nach institutioneller Effizienz, Transparenz und Profilgebung zusammen. Sowohl was die Außendarstellung der Kliniken[11] betrifft als auch was die Identität des Krankenhauses und die Identifikation der Mitarbeiter angeht, erhofft man sich von der Leitbildentwicklung deutliche Verbesserungen.[12] Nicht nur das einzelne Subjekt, das sich in Anbetracht allseitiger Komplexitätssteigerung gerade auf dem Gebiete der ethischen Urteilsbildung vielfach überfordert sieht, erfährt im Zuge der Leitbilderarbeitung eine gewisse Orientierung, sondern auch die institutionellen Trägergemeinschaften sehen in der Schaffung normativ-wertorientierter Leitbilder einen Beitrag zur Qualitätsorientierung ihrer Kliniken.

---

[11] Auch in diesem Zusammenhang lässt sich der Trend zur Übernahme von Verfahrensmustern erkennen, die ursprünglich dem ökonomischen Kontext entstammen. Die mediale Selbstdarstellung von Firmen und Betrieben, z.B. im Bereich der Internetpräsenz, setzt seit längerem darauf, ein Profil des betreffenden Unternehmens öffentlichkeitswirksam zu platzieren. Auf den jeweiligen Homepages findet sich, zumeist unter dem Stichwort „Philosophie“, eine am Maßstab aktueller PR-Strategien orientierte Selbstbeschreibung der dergestalt in Erscheinung tretenden Anbieter. In den letzten Jahren sind auch die meisten Krankenhäuser, besonders die größeren, dazu übergegangen, sich durch die Einrichtung einer Web-Seite der Öffentlichkeit zu präsentieren und diese über das Profil ihrer Einrichtung zu informieren. Neben der Darbietung von Organigrammen findet sich immer häufiger auch eine Leitbildbeschreibung. Dabei wird, wenn ein solches in dem betreffenden Krankenhaus bereits existiert, auch das Klinische Ethik-Komitee in der Regel nicht unerwähnt gelassen.

[12] Auf diese Weise findet der Gedanke der *corporate identity*, der unter dem Gesichtspunkt der betrieblichen Unternehmensführung ebenfalls zuerst im wirtschaftlichen Sektor auftrat, Eingang in die Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Blickt man auf das Ganze der Entwicklung, so steht die Zweckmäßigkeit der Einrichtung Klinischer Ethik-Komitees gemeinhin außer Zweifel. Die Initiatoren und die Mitglieder dieser Gremien jedenfalls agieren unter der Voraussetzung, dass die von ihnen verfolgten Interessen zugleich im Interesse der Organisation Krankenhaus und im Interesse der Patienten, Angehörigen und der Mitarbeiter des Hauses sind. Dem entspricht in der Organisation und Durchführung der Ethikberatung ein oft hohes Maß an persönlicher Überzeugung und Engagement. Die Forderung nach „mehr" Ethik im Krankenhaus bleibt also nicht nur abstrakt, ihr wird auch entsprochen. Die Art und Weise, in der das geschieht, ist in ihrer konkreten Form teils noch sehr unbestimmt. Hinsichtlich der Selbstdefinition und der Funktionsmodi der institutionalisierten Formen moralisch-ethischer Reflexionsarbeit in Krankenhäusern gibt es beachtliche Unterschiede.

Neben ethischen Diskussions- und Informationsveranstaltungen zu tagesaktuellen Themen, den so genannten „Ethik-Cafes"[13], finden sich informell operierende ethische Arbeitskreise ebenso wie thematisch und personell limitierte Projektgruppen, die einen bestimmten medizinischen Problemzusammenhang, z.B. die Frage der Therapiebegrenzung oder der Sterbebegleitung, ethisch reflektieren. Weiterhin begegnen Modelle ethischer Fallberatung und Konfliktbewältigung in den Organisationsformen des Ethik-Konsils[14], des Ethik-Komitees sowie in unterschiedlichen Kombinationsformen beider Organisationskonzepte, als deren bekanntestes Beispiel hier namentlich das „Nimwegener Modell"[15] zu nennen ist. Nicht nur nach der Auswahl der bevorzugt verwendeten Methode, sondern auch nach der Anzahl der Mitwirkenden, der Sitzungsfrequenz und der Kontinuität und Verbindlichkeit der Beteiligung zeigen sich erhebliche Unterschiede.

Dass jedoch das Bedürfnis nach moralischer Kommunikation und ethischer Reflexion allein in der Form institutioneller Manifestation angemessen artikuliert und in den Funktionszusammenhang medizinischer Handlungs- und Entscheidungsprozesse eingepasst werden könne, wird von den Initiatoren und Betreibern meist als selbstverständlich vorausgesetzt. In der Praxis aber relativiert sich das Bild. Denn offenbar zeigen sich die niederschwelligen Institutionalisierungsformen von Ethik im Krankenhaus unter dem Gesichtspunkt ihrer praktischen Realisierbarkeit und tatsächlichen Resonanz in einem höheren Maße anschlussfähig als deren organisatorisch komplexer verfasste Formen. Das führt zu einer Pluralisierung der Organisationsmuster klinischer Ethikeinrichtungen. Ist nämlich

---

[13] Eine prägnante Definition dieser betont niederstufig angelegten Veranstaltungsform gibt Simon, Alfred (2000): Klinische Ethikberatung in Deutschland. Erfahrungen aus dem Krankenhaus Neu-Mariahilf in Göttingen, in: Berliner Medizinische Schriften 39. Jg., 11.

[14] Vgl. hierzu die Darlegungen von Reiter-Theil, Stella (1999): Ethik in der Klinik – Theorie für die Praxis: Ziele, Aufgaben und Möglichkeiten des Ethik-Konsils, in: Ethik in der Medizin 11. Jg., 222-232.

[15] Gordijn, Bert / Steinkamp Norbert (2000): Entwicklung und Aufbau Klinischer Ethikkomitees in den Krankenhäusern der Malteser Trägerschaft. Ein Werkstattbericht, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 46, 305-310.

die Anschlussfähigkeit medizinethischer Fallberatung an die allgemeinen Strukturen moralischer Kommunikation wesentlich von dem Grad ihrer Institutionalisierung abhängig, wird verständlich, dass an denjenigen Kliniken, in denen gegenwärtig über die Einrichtung eines Ethik-Komitees nachgedacht wird, sehr sorgfältig geprüft wird, ob und in welcher Form dies geschehen soll.

5. Entstehungsgeschichtliche Hintergründe

Aus der Perspektive der Organisation Krankenhaus scheint die Implementierung von Ethik in Gestalt satzungsmäßig fundierter „Ethik-Komitees" vor allem aus Gründen der Qualitätssicherung nahe liegend. Die Qualitätssicherung gründet sich auf die Kriterien der Interdisziplinarität und der Transparenz der Entscheidungsfindung. Diskursivität und Expertise gehen dabei eine konstruktive Synthese ein. Das gesellschaftliche Interesse an der Schaffung paritätisch besetzter Beratungsgremien wiederum wird bestimmt von einem neuen Verhältnis des Subjekts zur Medizin (beispielhaft dafür ist das gewandelte Arzt-Patienten-Verhältnis) und von einem allgemeinen Wertewandel (etwa in Bezug auf die Beurteilung so genannter lebensverlängernder Maßnahmen). Das allein jedoch kann die eingetretene Entwicklung nur zum Teil erklären. Strukturelle Argumente nämlich sind, gängigen hermeneutischen Grundsätzen folgend, immer erst unter dem Blickwinkel einer systematisch-nachgängigen Betrachtung tragfähig. Historisch gesehen geht die Einrichtung Klinischer Ethik-Komitees in der Bundesrepublik in entscheidendem Maße auf eine Initiative der großen konfessionellen Krankenhausverbände zurück.

Im Jahr 1997 erschien eine vom Katholischen Krankenhausverband Deutschlands und dem Deutschen Evangelischen Krankenhausverband gemeinsam herausgegebene Erklärung, die – sowohl ihrem Anspruch nach, als auch in der Wirkung – als das Gründungsmanifest der Ethik-Komitees in Deutschland angesehen werden kann.[16] Denn wie sich zeigt, befindet sich die überwiegende Mehrheit der derzeit registrierten Ethik-Komitees an Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen in konfessioneller Trägerschaft. Die Anzahl der Ethik-Komitees an nichtkonfessionellen Häusern ist dagegen bedeutend niedriger. Allerdings lassen sich auch an den Unikliniken zurzeit verstärkte Bemühungen beobachten, der ethischen Reflexion und Beratung einen festen organisatorischen Rahmen zu geben.

Wie dieser Rahmen im Einzelnen gesteckt sein soll, ist in vielen Punkten offen. Ethik-Komitees an Krankenhäusern finden ein Organisationsgeflecht vor, in dem sich die Systeme der Medizin, Ökonomie, Moral, Recht, Religion und Gesellschaft in mehrfacher Weise überschneiden. Entsprechend polymorph sind die

[16] Katholischer Krankenhausverband Deutschlands / Deutscher Evangelischer Krankenhausverband (1997) (Hrsg.): Ethik-Komitee im Krankenhaus, Freiburg.

Entstehungs- und Vollzugsbedingungen derartiger Gremien. Die historische Entwicklung Klinischer Ethik-Komitees ist gekennzeichnet durch sehr unterschiedliche Einflussfaktoren und Funktionsbestimmungen. Neben der Evolution der medizinischen Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten sind vor allem das veränderte Arzt-Patienten-Verhältnis, der Wandel der moralischen Grundüberzeugungen, der hohe Geltungswert der Patientenautonomie sowie das gestiegene Interesse an medizinethischen Fragen überhaupt anzusprechen. Die Implementierung von Hospital Ethics Committees in den USA hatte entsprechend nicht nur die Stabilisierung und Sicherstellung moralischer Standards im Blick, sondern verdankt sich im Wesentlichen dem Umstand, dass die erweiterten Möglichkeiten und Folgen der medizintechnischen Entwicklung in zunehmendem Maße nach ethischer Expertise verlangen. Zur Wahrnehmung ersterer Funktion wurden bereits in den 1920er Jahren in einigen „katholischen Krankenhäusern Gremien eingerichtet, die als ›medizinisch-moralische Komitees‹ (*medico-moral committees*) bezeichnet wurden. [...] Ihre Aufgabe bestand seinerzeit vor allem darin, die Einhaltung von Normen der katholischen Morallehre zu Fragen der Empfängnisverhütung, Abtreibung, Euthanasie usw. zu überwachen“[17]. Der Funktion der Fallberatung in medizinisch-ethischen Konfliktfällen dienten diverse Kontrollkomitees, wie etwa die *abortion committees* zur Prüfung der rechtlichen Voraussetzungen von Schwangerschaftsabbrüchen, oder die – zunächst auf Gerichtsbeschluss eingerichteten – ärztlichen Prognosekomitees, wie beispielsweise im Fall Karen Ann Quinlan. Nach negativer Prognose durch das Ethik-Komitee wurde den Eltern der Patientin, die nach einem schweren Schädel-Hirn-Trauma ins Koma gefallen war, das Recht auf Beendigung lebensverlängernder Maßnahmen zugesprochen.

Als wichtige Etappe in der Entstehung der amerikanischen Hospital Ethics Committees ist besonders das 1962 gegründete Ethik-Komitee am Universitätsklinikum Seattle, Washington, hervorzuheben. Die Einrichtung des dortigen Komitees steht in direktem Zusammenhang mit der Umsetzung medizintechnischer Neuerungen, namentlich der Dialysetechnik. Das Universitätsklinikum Seattle gehörte zu den ersten Kliniken, welche die neu entwickelten Dialyseapparate in Betrieb nahmen und eine eigene Dialyseabteilung aufbauten. Wegen der damals noch extrem hohen Anschaffungskosten standen der Abteilung jedoch zunächst nur wenige Apparate zur Verfügung. Der bestehende Bedarf an Dialyseplätzen konnte bei Weitem nicht gedeckt werden. Das Faktum stark limitierter Ressourcen in Anbetracht einer geradezu unbegrenzt scheinenden Zahl von Bedürftigen führte zu einem Konflikt, dessen moralisch-ethische Brisanz dermaßen hoch war, dass die Entscheidung darüber, welchem Patienten unter welchen Umständen die Möglichkeit einer Dialysebehandlung gewährt werden

[17] Steinkamp, Norbert / Gordijn, Bert (2003): Ethik in der Klinik – ein Arbeitsbuch. Zwischen Leitbild und Stationsalltag, Neuwied, 94.

sollte, die ärztliche Leitung der Abteilung in jeder Hinsicht überfordert hätte. Dem ärztlichen Gremium wurde daher ein Bürgerkomitee an die Seite gestellt, dessen gemeinsame Aufgabe es war, unter den zahlreichen Kandidaten eine Anzahl weniger Patienten zu bestimmen, die einen der begrenzten Dialyseplätze erhalten sollten. Für die Betroffenen bedeutete das Votum des Ethik-Komitees eine Entscheidung über Leben und Tod. „Angesichts der Dramatik dieser Entscheidungen bekam das Komitee in der Klinik die Beinamen *god committee* oder *god squad*. Offenbar hatte das Komitee den Auftrag, Entscheidungen zu treffen, die über die Kompetenz eines solchen Gremiums hinausgingen“[18]. Dieser Einschätzung ist insofern nicht zu widersprechen, als der weiteren Entwicklung Klinischer Ethik-Komitees in der Folge ein deutlich engerer Kompetenzrahmen gesteckt wurde. Entscheidungen derart weit reichenden Charakters gehören derzeit nicht zum Aufgabenprofil ethischer Beratungsgremien. In der gemeinsamen Erklärung des katholischen und evangelischen Krankenhausverbandes wurde der Geltungsstatus der durch das Ethik-Komitee erarbeiteten Voten dann auch entsprechend niedrig angesetzt: „Um die Eigenverantwortlichkeit nicht zu gefährden und dem Komitee keine Macht zuzugestehen, die ihm von der Sache her nicht zukommt, ist stets wachsam darauf zu achten, dass die Mitteilung der Voten den Freiwilligkeitsaspekt ihrer Befolgung ausdrücklich betont.“[19] Die Verlautbarungen des Ethik-Komitees dienen ausschließlich der Beratung (von Mitarbeitern, Patienten und Angehörigen), sie schreiben den Verantwortlichen in keiner Weise vor, wie in dem verhandelten Fall verfahren werden soll bzw. wie in einem zurückliegenden Fall hätte verfahren werden sollen. Es geht also nicht um rechtlich bindende Entscheidungen, sondern um diskursive Urteilsbildung. Die gegenwärtige Praxis Klinischer Ethik-Komitees in Deutschland hat ihren Schwerpunkt daher primär in der unterstützenden Fallberatung und der Entwicklung bzw. Umsetzung ethischer Leitlinien.

6. Paritätsprinzip und Patientenautonomie

Von entscheidender Bedeutung ist nach Darstellung der gemeinsamen Erklärung die integrative Kompetenz ethischer Beratungsgremien. Erste Erfahrungsberichte aus dem Umfeld der am Implementierungsprozess Beteiligten bestätigen das.[20] D.h. das Klinische Ethik-Komitee transzendiert aufgrund seiner interdisziplinären Zusammensetzung die oftmals als hermetisch empfundenen Grenzen zwischen den Professionen innerhalb des Krankenhausbetriebes und schafft auf diese Weise

[18] Steinkamp, Norbert / Gordijn, Bert (2003): a.a.O., 98.

[19] Katholischer Krankenhausverband Deutschlands / Deutscher Evangelischer Krankenhausverband (1997) (Hrsg.): Ethik-Komitee im Krankenhaus, Freiburg, 20.

[20] Katholischer Krankenhausverband Deutschlands / Deutscher Evangelischer Krankenhausverband (1999) (Hrsg.): Ethik-Komitee im Krankenhaus. Erfahrungsberichte zur Einrichtung von Klinischen Ethik-Komitees, Freiburg.

so etwas wie eine innerklinische Öffentlichkeit. Moral wird damit zugleich zum Thema und zum Medium von Kommunikation im Krankenhaus.[21]

Durch die bewusst gewählte Zusammensetzung der Gremien soll gewährleistet werden, dass die verschiedenen Funktionsebenen des Hauses in dem Gremium adäquat repräsentiert sind. Vertreter aus dem ärztlichen und dem pflegerischen Bereich, aus der Verwaltung, dem Sozialdienst und der Klinikseelsorge gehören zur Regelbesetzung Klinischer Ethik-Komitees. Die außerklinische Öffentlichkeit findet in der Gestalt externer Mitglieder, als solche zumeist Patientenvertreter, Theologen oder Juristen in Betracht kommen, Eingang in das Gremium.[22] Die interdisziplinäre Besetzung des Ethik-Komitees betrifft also nicht nur die organisationsimmanente Struktur des Krankenhauses, sondern transzendiert gezielt die Grenzen der medizinischen Einrichtung als solcher, um eine größtmögliche Perspektivenvielfalt und diskursive Objektivität der ethischen Entscheidungsfindung zu gewährleisten.

Die Differenz individueller Standpunkte, welche in fallbezogenen Stellungnahmen zum Ausdruck kommen, findet methodische Berücksichtigung insofern, als es die Aufgabe von Klinischen Ethik-Komitees ist, in der ethischen Urteilsbildung nicht nur die Position der unmittelbar an den klinischen Prozessen beteiligten Personen, sondern zugleich das Wohl des Patienten – und das seiner Angehörigen – sowie das öffentliche Interesse an den ethischen Standards eines Krankenhauses zu berücksichtigen.

Auch diesbezüglich bietet sich eine soziologische Betrachtung an. Das Paritätsprinzip resultiert aus spezifisch neuzeitlichen Wechselwirkungen im Verhältnis von Medizin und Gesellschaft.[23] D.h. nachdem unter der Voraussetzung einer asymmetrischen Wissensverteilung die Stellung der Medizin in der Gesellschaft über lange Zeit vor allem durch die ärztliche Kompetenz des heilenden Handelns determiniert wurde, beansprucht die moderne Gesellschaft, das ihr eigene Verhältnis zur Medizin in immer stärkerem Maße selbst zu bestimmen. Sichtbar wird diese Verschiebung vor allem in der Demokratisierung

[21] Zum systemtheoretischen Hintergrund dieser Beobachtungen vgl. Luhmann, Niklas (1989): Ethik als Reflexionstheorie der Moral, in: Ders.: Gesellschaftsstruktur und Semantik, Band 3, Frankfurt a.M., 358-448. Vgl. ferner: Krohn, Wolfgang (1999): Funktionen der Moralkommunikation, in: Soziale Systeme 5, 313-338 sowie: Van den Daele, Wolfgang (2001): Von moralischer Kommunikation zur Kommunikation über Moral. Reflexive Distanz in diskursiven Verfahren, in: Zeitschrift für Soziologie 30. Jg., 4-22.

[22] Auch nach außen hin zeigt sich der integrative Aspekt ethischer Beratungsgremien. Auf unterschiedliche Weise wird versucht, die Öffentlichkeit in die Arbeit der Ethik-Komitees einzubeziehen. Dies kann beispielsweise durch die Veröffentlichung eines Tätigkeitsberichtes geschehen.

[23] Vgl.: Saake, Irmhild (2003): Die Performanz des Medizinischen. Zur Asymmetrie in der Arzt-Patienten-Interaktion, in: Soziale Welt 54, 223-254; Prüll, Cay-Rüdiger (2000): Paternalismus, Herrschaftswissen, Teamarbeit – Wandlungen der Krankenhaus- und Klinikstruktur seit 1900, in: Deutsche medizinische Wochenschrift 12 Jg., 372-273.

des Arzt-Patienten-Verhältnisses, in dem wachsenden Bedarf an Information und Kommunikation und der anhaltenden Forderung nach mehr Patientenautonomie.

Von einer Konfrontation zwischen Medizin und Gesellschaft kann trotz alledem nicht die Rede sein. Vielmehr zeigt sich die Medizin in hohem Maße flexibel, auf die genannten Veränderungen zu reagieren und diese in ihr eigenes Anforderungsprofil zu integrieren. So ist die Achtung der Patientenautonomie inzwischen weithin zu einem festen Bestandteil des ärztlichen Berufsethos geworden. Durch die zunehmende Beteiligung des Patienten an Therapieentscheidungen, umfassende Aufklärung über die drohenden medizinischen und rechtlichen Konsequenzen einer Behandlung (inklusive der Nichtbehandlung) und die größtmögliche Berücksichtigung seiner Wünsche und Werteinstellungen, bildet das Selbstbestimmungsrecht des Patienten heute einen wesentlichen Aspekt der ärztlichen Verantwortung. Die informierte Zustimmung des Patienten (*informed consent*)[24] gilt besonders in rechtlicher Hinsicht als die *conditio sine qua non* jeder medizinischen Behandlung. Die Abkehr vom paternalistischen Betreuungsideal führt also auf der einen Seite zu einer sehr deutlichen Verbesserung der Mitspracherechte des Patienten, auf der anderen Seite jedoch ergibt sich zugleich eine steigende moralische Belastung des Einzelnen, indem die Eröffnung persönlich verantworteter Entscheidungsoptionen die Betreffenden einem zum Teil enormen Druck aussetzt. Dies ist im Falle von Patienten, Betreuern und Angehörigen besonders dann der Fall, wenn die gewährte Beteiligung an Therapieentscheidungen in letzter Konsequenz die Optionen des Therapieabbruchs bzw. des Therapieverzichts mit einschließt.

7. Modernisierung und moralische Belastung

Der zunächst verhalten einsetzende Trend zunehmender Akzeptanz und Präsenz ethischer Reflexion im Kontext des deutschen Gesundheitssystems hat sich in den letzten Jahren dahingehend fortgesetzt, dass nicht nur die sukzessive Anerkennung der medizinischen Ethik als theoretischer Disziplin in der ärztlichen und pflegerischen Ausbildung erreicht wurde, sondern selbst noch die hieraus abgeleitete Forderung nach Implementierung der Ethik in die konkreten Vollzugszusammenhänge der klinischen Praxis als unmittelbar einleuchtend erscheinen konnte. Es steht zu vermuten, dass diese Entwicklung nicht nur das Resultat eines gewöhnlichen Theorie-Praxis-Transfers darstellt, sondern sich in empirisch greifbarer Weise aus den spezifischen Vollzugsbedingungen des modernen medizinischen Betriebes begründen lässt. Die gegenwärtige Konjunktur klinischer Ethik lässt auf eine entsprechende Bedarfslage schließen. Doch worin

---

[24] Vgl.: Faden, Ruth R. / Beauchamp, Tom L. (1986): A History and Theorie of Informed Consent, New York; Sass, Hans-Martin (1992): Informierte Zustimmung als Vorstufe zur Autonomie des Patienten, Bochum.

genau besteht diese eigentlich? In der Literatur, so der Eindruck, hat man sich weitgehend auf das Modernisierungsparadigma zurückgezogen. Das Bedürfnis nach moralischer Kommunikation und ethischer Reflexion entspringt also – wenn denn die gängigen Erklärungsansätze den vorliegenden Sachverhalt treffend beschreiben – den veränderten gesellschaftlichen, ökonomischen, organisatorischen und technischen Rahmenbedingungen des medizinischen Betriebes.

Als eine bevorzugte Prägnanzformel für die komplexen Zusammenhänge begegnet in neueren Arbeiten die Rede von einer Legitimationskrise des medizinischen Systems. Die medizinische Ethik erscheint vor diesem Hintergrund als ein Medium zur Kompensation moderner Ausdifferenzierungsprozesse, als eine Funktion der Integration differierender Systemrationalitäten oder als der Versuch diskursiver Konsensbildung in Anbetracht unklarer Geltungsbestimmungen moralischen Handelns in der medizinischen Praxis. Jeweils rückt die Ethik in die Position einer Problemlösungsinstanz. Sie soll dementsprechend nicht nur die verschiedenen Systemansprüche miteinander vermitteln, die Distanz zwischen divergierenden individuellen Interessenlagen und professionellen Herangehensweisen überbrücken und die konflikthaft verfassten Urteilsperspektiven miteinander versöhnen, sondern überdies auch die Werte der Ganzheitlichkeit, der Humanität und der Toleranz sicherstellen bzw. deren Realisierungsbedingungen in diskursiver und interdisziplinärer Weise zugänglich machen. Inwieweit die Ethik mit derartigen Leistungsanforderungen nicht vollkommen überlastet wird, bleibt derweil eine unbeantwortete Frage.

Das vielleicht schwerwiegendste Desiderat liegt in der operationalen Bestimmung des Ethikbegriffs. Denn gegenwärtig gewinnt die Ethik ihr systematisches Profil nahezu ausschließlich in der Bezugnahme auf Vorgaben, die außerhalb ihrer selbst liegen. So „reagiert" sie auf die steigende Komplexität gesellschaftlicher Systeme, sie „negiert" deren Selbstperpetuierungsdynamik bzw. sie „kompensiert" die entstehenden Differenzierungsfolgen. Aber selbst in der Perspektive derartiger Betrachtungen herrscht aktuell eine kaum überschaubare Motivdiffusion.

So könnte ein Ausweg darin liegen, die gestiegene Erwartung an die Ethik selbst zum Ausgangspunkt der Betrachtung zu nehmen. Der im Folgenden vorzunehmende Versuch, die Funktion moralisch-ethischer Kommunikation im Kontext medizinischer Organisationen näher zu bestimmen, setzt gewissermaßen an der Innenseite der Modernisierungsbewegung an, d.h. bei den Akteuren des klinischen Betriebes, die in zunehmenden Maße die Ethik als Medium der Problemreflexion entdecken. „Zum Teil sind es einzelne Ärzte, die unsicher geworden sind, was noch zu ihrer Aufgabe gehört und was nicht. Zum anderen Teil sind es aber auch die Einrichtungen selbst, die das Bedürfnis nach ethischer Legitimation äußern."[25] Die besondere Konstellation des modernen Verhältnisses

[25] Katholischer Krankenhausverband Deutschlands / Deutscher Evangelischer Krankenhausverband (1997) (Hrsg.): Ethik-Komitee im Krankenhaus, Freiburg, S.7.

von Medizin und Gesellschaft drängt offenbar darauf hin, die gesellschaftlichen Vorbehalte gegen die moderne Medizin aus der Praxis heraus ethisch zu beleuchten. Doch nicht der Fortschritt der medizin- und biotechnischen Entwicklung als solcher macht diese in der gesellschaftlichen Wahrnehmung suspekt, vielmehr besteht oft erhebliche Unsicherheit darüber, welche formalen und inhaltlichen Kriterien über den Einsatz oder das Unterbleiben bestehender diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten als maßgebend zu gelten haben.

Diese Undurchsichtigkeit also ist keineswegs auf Patienten und Angehörige beschränkt. Auch aufseiten des medizinischen Personals zeigt sich eine Vielzahl von Problemen im Umgang mit der modernen Hochleistungstechnologie.[26] Insbesondere in moralisch-ethischer Hinsicht ergeben sich Verfahrens- und Entscheidungsunsicherheiten, die von den jeweiligen Betroffenen als zum Teil sehr belastend erfahren werden.[27] Immer weit reichender und leistungsfähiger werden zum Beispiel die Methoden und Apparaturen zur diagnostischen Früherkennung und der Lebenserhaltung. Und immer komplexer werden die spezifischen Entscheidungsbedingungen, unter denen die jeweils angezeigten Prozeduren medizinisch zur Umsetzung gelangen. Möglichkeiten und Notwendigkeiten medizinischen Handelns jedoch sind in der Perspektive der Verantwortlichen selten direkt aufeinander abzubilden. Entsprechend der wachsenden Professionalisierung in der Medizin steigt somit auch der Entscheidungsdruck in der Abwägung der Durchführung bzw. Unterlassung bestimmter diagnostischer und lebenserhaltender Maßnahmen.[28] In jedem Fall fordert der entscheidungsoffene Umgang mit den modernen medizinischen Ressourcen von den Beteiligten, sich zu den gegebenen Möglichkeiten in ein reflektiertes Verhältnis zu setzen.

8. Funktion moralisch-ethischer Kommunikation

Bei aller Differenzierung der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten und trotz der erworbenen Routine im Umgang mit Patienten, Angehörigen und korrespondierenden Berufsgruppen ergeben sich in der klinischen Praxis immer wieder Verfahrenslücken, für die im konkreten Einzelfall oft keine standardisierte Lösung bereitsteht. Das medizinische Innovationspotential produziert fortwährend Kontingenzen, die einer klärenden Bearbeitung bedürfen. In technischer,

[26] Beckmann, Jan P. (1996) (Hg.): Fragen und Probleme einer medizinischen Ethik, Berlin u.a.

[27] Denn am Orte des medizinischen Handelns sind in der Regel weder genügend Zeit noch die ermöglichungsrelevanten Umstände gegeben, um die enorme Komplexität impliziter und expliziter Beurteilungsdivergenzen in angemessener Form zu bearbeiten. Eine umfassende Konsensbildung im Sinne einer diskursiven Urteilsfindung bleibt daher in vielen Fällen aus. Infolgedessen kommt es, mit Arnold Gehlen zu sprechen, zu einer fortlaufenden Improvisation von Grundsatzentscheidungen.

[28] Veranschaulichungsmaterial aus der intensivmedizinischen Praxis findet sich bei: Schara, Joachim (1992): Ethische Analyse intensivmedizinischer Fälle. Anmerkungen zum Verhältnis von medizinischer Technik und ärztlicher Verantwortung, Bochum.

ökonomischer, rechtlicher oder ethischer Hinsicht stößt man an Grenzen, deren Erweiterung bzw. Überschreitung ebenso unvermeidlich wie klärungsbedürftig ist. Insbesondere die medizintechnische Entwicklung und die fortschreitende Prozessrationalisierung im Gesundheitswesen stellt die Beteiligten immer wieder vor Entscheidungen, die hinsichtlich der mit ihnen verbundenen Risiko-Nutzen-Bilanz, ihrer allgemeinen moralischen Konsensfähigkeit und persönlichen Verantwortbarkeit noch keiner etablierten Beurteilung unterliegen.

Der Ethik, namentlich der medizinischen, wird daher die Aufgabe übertragen, zwischen der Eigengesetzlichkeit des medizinisch-ökonomischen Betriebes und dem steigenden moralischen Unbehagen in Anbetracht sich vollziehender und erwartbarer Entwicklungen zu vermitteln. Nicht selten also artikulieren sich die genannten Perspektiven im Modus einer ethischen Problemformulierung. Dies scheint insbesondere dann der Fall, wenn sich die unterschiedlichen Teilbereiche, die in den medizinischen Organisationen zusammenwirken, funktional überschneiden oder in direkten Konflikt miteinander treten. Die Konfrontation divergierender Systemrationalitäten – im Kontext der Organisation Krankenhaus betrifft dies in erster Linie das Zusammenspiel von Medizin, Pflege, Recht, Ökonomie und Verwaltung – generiert einen steigenden Klärungsbedarf, der, wie die zunehmende Einrichtung von „Klinischen Ethik-Komitees" exemplarisch verdeutlicht, immer häufiger die Artikulationsform des interdisziplinären, ethischen Diskurses wählt.[29]

Befragungen des klinischen Personals zeigen eine Reihe von Belastungsfaktoren, die im Kontext eines modernen medizinischen Versorgungsbetriebes auf die Beteiligten einwirken. Genannt werden vor allem die Schwierigkeiten im Umgang mit Leid, Sterben und Tod. Hinzu kommen Belastungen aus Meinungsverschiedenheiten innerhalb des Behandlungsteams, Konflikte zwischen dem

[29] Obgleich exakte Werte zum aktuellen Stand ihrer Verbreitung aus verschiedenen Gründen schwer ermittelt werden können, deutet die hohe Zahl von Neugründungen ethischer Beratungseinrichtungen an deutschen Krankenhäusern auf eine entsprechend große Nachfrage hin. Der zuvorderst zu nennende Grund für die Schwierigkeiten einer exakten Bezifferung ist die nach wie vor anhaltende Gründungsdynamik. Zwischen den Jahren 2000 und 2004 hat sich die Zahl der Ethik-Komitees in etwa verdreifacht. Ein weiterer Hinderungsgrund für die Ermittlung der exakten Verbreitungsziffer liegt in der häufig uneinheitlichen Betitelung und Funktionsbestimmung ethischer Beratungsgremien an Krankenhäusern. Diverse Modelle der ethischen Fallbesprechung, der Erarbeitung ethischer Leitlinien und der konsiliaren Betreuung in moralisch intrikaten Entscheidungssituationen stehen im Augenblick methodisch wie praktisch weitgehend unvermittelt nebeneinander. Insofern ist durch die bloße Bezeichnung eines Gremiums als „Klinisches Ethik-Komitee" noch keine hinreichende Bestimmung eines spezifischen Aufgabenspektrums gegeben. Schon die inzwischen regelmäßig verwendete Abkürzung für den Begriff „Klinische Ethik-Komitees" KEK ist keineswegs eindeutig. Das Kürzel KEK findet sich, wie eine Internetrecherche bei Google ergibt, in den unterschiedlichsten Verwendungen. Sowohl die „Konferenz Europäischer Kirchen", die „Kommission zur Ermittlung der Konzentration im Medienbereich" als auch der „Könizer Eisenbahn Klub" sehen sich durch den Gebrauch dieser Kurzform angemessen repräsentiert. Weiterhin findet das Sigel KEK Anwendung auf Angebote und Projekte wie „Konstruktive Ehe und Kommunikation", „Kommunales Energiekonzept" bis hin zum „kostenlosen Esperanto-Kurs".

ärztlichen und dem pflegerischen Bereich,[30] Probleme durch personelle und finanzielle Unterversorgung, Informationsdefizite z.B. im Falle von Notfallbehandlungen sowie rechtliche und verfahrenspraktische Konfliktsituationen. Vor allem bei Uneindeutigkeit von Entscheidungslagen und bei Unabsehbarkeit der Entscheidungsfolgen werden entstehende Konflikte sehr häufig als ethische qualifiziert.

Im Modus der Moralkommunikation werden differierende und konfliktuöse Beurteilungsstandpunkte aufeinander beziehbar, deren Vermittlung im unmittelbaren Kontext ihres sachlichen Entstehungszusammenhanges nicht oder allenfalls eingeschränkt möglich wäre. Denn die strukturelle Asymmetrie im Vollzug klinischer Entscheidungs- und Handlungsprozesse führt zu einer perspektivischen Verengung des interdisziplinären Diskurses. Oft stehen vor allem strukturelle Gründe, zuvorderst die funktionale Differenzierung innerhalb des Krankenhauses, einer direkten Konfliktthematisierung entgegen. In diese Leerstelle tritt der vorliegenden Studie zufolge in zunehmendem Maße die moralisch-ethische Kommunikationsform. Die hierbei verwendete Semantik folgt einer besonderen Darstellungslogik, die sich von den fachspezifischen Beschreibungsmustern und Formulierungsstandards in prägnanter Weise abhebt und so die unterschiedlichsten Betrachtungsperspektiven in eine formal ausgewogene Gesprächskonstellation überführt. Die Transposition des Problems auf eine quasi-neutrale Ebene der Bearbeitung bewirkt eine nachhaltige Reduktion des Konfliktniveaus unter den Mitarbeitern.[31] Dieser Effekt zeigt sich vor allem unter den kommunikativen Bedingungen eines funktional differenzierten organisatorischen Gefüges.

Denn nicht erst die offene Konfrontation professioneller Eigenlogiken – wie etwa der Konflikt zwischen Medizin und Ökonomie – stellt für die beteiligten Akteure eine erhebliche Belastung dar, sondern bereits die in bestimmten Entscheidungslagen aufscheinende Differenz persönlicher, institutioneller und fachlicher Grundeinstellungen produziert eine diffuse moralische Unschärfeempfindung, die unter den Bedingungen des tätigen Vollzuges nicht eigentlich thematisch werden kann. Es existieren eine Vielzahl teils stark voneinander abweichender Stellungnahmen im praktischen, theoretischen und moralischen Bereich, die – gerade in ihrer Diversität – das Bedürfnis nach wechselseitiger Verständigung zugleich verstärken und erschweren.

Dabei ist eine besondere Schwierigkeit der Konsensfindung in aller Regel schon dadurch gegeben, dass nicht allein nur die Frage der *moralischen* Bewertung als ein Problem einvernehmlichen Handelns auftritt, sondern bereits in rein *sachlichen*

[30] Vgl. dazu: Grahmann, Reinhard (1996): Konflikte im Krankenhaus. Ihre Ursachen und ihre Bewältigung im pflegerischen und ärztlichen Bereich, Bern.

[31] Erhält die moralische Kommunikation darüber hinaus die Form eines methodisch reflektierten Vorgehens, lässt sich von einer ethischen Problembearbeitung sprechen. Als solche transzendiert sie die Ebene moralischer Primäreinstellungen in der Absicht, den zugrunde liegenden Sachverhalt in kategorialer Hinsicht zu durchdringen und einer differenzierten Betrachtung zuzuführen.

Fragen eine unterschiedliche Einschätzung der Lage gegeben ist, woraus – und dies ist entscheidend – die moralische Dimension des Sachverhalts überhaupt erst hervorgeht. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Krankenhauses kommunizieren miteinander in der Perspektive ihrer jeweiligen Professionen und Zuständigkeiten. Dabei kann es sowohl an den Disziplinengrenzen als auch innerhalb des je eigenen Aufgabenfeldes zu divergierenden Ansichten kommen. Derartige Dissense aber erwachsen in der Mehrzahl der Fälle nicht aus den dezidiert moralischen Implikationen des klinischen Handelns, sondern resultieren primär aus den bestehenden Interaktionsbeziehungen des medizinischen Betriebes. Genau genommen handelt es sich hierbei also um ein Interferieren unterschiedlicher Problemdimensionen. Soziale, wirtschaftliche und moralisch-ethische Kategorien nämlich fallen in der medizinischen Praxis mitunter in kritischer Weise auseinander bzw. lassen sich in konkreten Anwendungsfällen nicht ohne weiteres zur Deckung bringen.

Hierdurch bedingt entsteht in dem medizinischen Funktionszusammenhang ein Bedarf, die Vielzahl potentiell oder aktuell involvierter Beurteilungsperspektiven diskursiv aufeinander abzubilden und die unterschiedlichen Thematisierungsformen des zur Klärung aufgegebenen Sachverhaltes in einen für alle Beteiligten gleichermaßen überschaubaren Sprach- und Verständigungshorizont einzurücken. Denn infolge der starken Ausdifferenzierung und Professionalisierung klinischer Interaktionsprozesse generiert die Interdependenz der beteiligten Fachgebiete eine stetig zunehmende Fülle von Systemrationalitäten und Spezialsemantiken, deren wechselseitige Vermittlung ebenso unabdingbar wie konfliktbehaftet ist.

Dementsprechend bildet die steigende Komplexität klinischer Interaktions- und Kommunikationsbedingungen in der Tat einen sehr wesentlichen systematischen Bezugspunkt der Einrichtung ethischer Beratungsgremien an Krankenhäusern. Institutionalisierte Prozeduren diskursiver Urteilsbildung und Entscheidungsfindung sollen in konkreten bzw. in erwartbar wiederkehrenden Konfliktkonstellationen der klinischen Praxis eine interdisziplinäre Betrachtung des vorliegenden Sachverhalts ermöglichen und durch gemeinsam erarbeitete Voten zur Entlastung des Einzelnen beitragen. Unter den Bedingungen der professionellen Perspektivendifferenz und der strukturellen Undurchsichtigkeit klinischer Kooperationsverhältnisse stellt die moralische Problemchiffrierung eine Möglichkeit dar, komplexe oder festgefahrene Entscheidungs- und Kommunikationsprozesse konfliktfrei zu thematisieren bzw. die bestehenden Konflikte auf eine Weise zu kommunizieren, die den Beteiligten eine direkte Konfrontation auf der Sachebene erspart. Die Kennzeichnung einer Situation als moralisch konfliktuös – in der Praxis wird in der Regel vereinfachend von einem „ethischen Problem" gesprochen – schafft somit die Bedingungen der Möglichkeit konstruktiver Kommunikation, wie sie die Implementierung Klinischer Ethik-Komitees beabsichtigt.

Der interdisziplinäre Zugriff einer multiperspektivischen Betrachtung moralisch qualifizierter Problemlagen ist, wie es die Selbstbeschreibungen Klinischer Ethik-Komitees zum Ausdruck bringen, von der Hoffnung auf diskursiv vermittelnde Konfliktlösungen getragen, deren implizite Voraussetzung in der Integration situativ interferierender Systemperspektiven besteht.[32] Fragwürdig ist jedoch die latente Prämisse, dass die intendierte Entlastungswirkung das Resultat einer gelingenden Komplexitätsreduktion darstelle. Denn die Praxis Klinischer Ethik-Komitees zeigt, dass sich das Problem sachlogisch konfligierender Bezugskontexte in den neu entstandenen Beratungsgremien eher noch einmal verschärft, als dass es zu einer nachhaltigen Reduktion der Komplexität klinischer Interaktionsprozesse käme. Die verschiedenen Perspektiven der beteiligten Professionen treffen infolge der gewollt paritätischen Zusammensetzung der Ethik-Komitees kaum weniger komplementär aufeinander als in der klinischen Praxis selbst.

Auch die praktizierte Interdisziplinarität und Multiperspektivität der Betrachtung innerklinischer Problemlagen vermag also die bestehende Strukturkomplexität nicht eigentlich und endgültig zu beheben. Selbst im isolierten Einzelfall brechen sich die diskursiv integrierten Systemrationalitäten an der Faktizität ihrer primären Differenz.[33] Ein Abdriften ins Virtuelle droht vor allem dort, wo die konstitutionelle Unhintergehbarkeit der Disziplinengrenzen methodisch aus dem Blick gerät. Dem entgegen steht als ein sekundäres Vollzugsproblem die Reproduktion organisationaler Konfliktstellungen durch das Beratungsgremium selbst. Gerade die paritätische Zusammensetzung des Ethik-Komitees – das unter diesem Gesichtspunkt selbst als ein Ausdruck der Demokratisierung des medizinischen Betriebes zu gelten hat – kann dazu führen, dass die Probleme, die den organisatorischen Gesamtrahmen des Krankenhauses betreffen, sich in dem Ethik-Komitee gleichsam bloß mikrokosmisch reproduzieren. Das gilt besonders

---

[32] In der Präambel des Klinischen Ethik-Komitees der Medizinischen Hochschule Hannover heißt es: „Das KEK stellt ein Forum für schwierige und kontroverse moralische Entscheidungen bereit. Es bietet die Chance, in interdisziplinärer und systematischer Weise anstehende oder bereits getroffene Entscheidungen in den Bereichen Medizin, Pflege, Organisation und Ökonomie ethisch zu reflektieren und aufzuarbeiten. Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Hauses sowie den Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen gibt es die Zusage, dass Gewissensnöte oder das Leiden an nicht mehr annehmbar erscheinenden Situationen und Strukturen im gemeinsamen Gespräch gehört werden und ein Beitrag zu deren Änderung geleistet wird." Zit. nach: Kettner, Matthias / May, Arnd (2000): Ethik-Komitees in der Klinik. Zur Moral einer neuen Institution, in: Forum TTN 7, 34. Auch nach der gemeinsamen Erklärung der konfessionellen Krankenhausverbände ist die Integration divergierender Perspektiven ein wichtiges Merkmal der Klinischen Ethik-Komitees. „Die von Erfahrung und Berufspraxis geprägten Ärzte und Pflegenden können ihre Standpunkte und berufsethische Überzeugungen […] aktiv in den Entscheidungsfindungsprozeß einbringen, ohne eine ›ideologische‹ Zensur ihrer Weltanschauung befürchten zu müssen. Im Spiegel der Standpunkte anderer Teilnehmer lernen sie ihren eigenen Standpunkt besser verstehen und artikulieren." Zit. nach: KKVD/ DEVK (1997): Ethik-Komitee im Krankenhaus, Freiburg, 12f.

[33] So wird beispielsweise die wirtschaftliche Leitung der Klinik von den dezidiert ökonomischen Kriterien nicht absehen können, auch wenn die Voten der im Konsens befindlichen Komitee-Mitglieder in moralisch-ethischer Hinsicht zustimmungswürdig erscheinen.

für Konflikte zwischen der Leitung des Hauses und den Mitarbeitern sowie für Probleme im Verhältnis zwischen dem ärztlichen und dem pflegerischen Bereich.

Charakteristischer Weise operieren die beteiligten Professionen mit durchaus unterschiedlichen Bestimmungen des Ethikbegriffs.[34] Überdies fällt auf, dass es den meisten Beteiligten nicht gelingt, die spezifisch ethischen Fragestellungen von den genuin medizinischen und medizinrechtlichen Aspekten zu trennen. Verfahren der Urteilsbildung im Kontext interdisziplinärer Beratungsgremien gründen also, so das Fazit, weniger auf dem methodisch kontrollierten Vollzug ethisch reflektierter Problembearbeitung, als vielmehr auf der Erschließungskraft jener multiperspektivischen Herangehensweise als solcher.

Die moralisch-ethische Kommunikation hat ihren Zweck demnach nicht zuerst in einem Ziel außerhalb ihrer selbst, wie es das Wunschbild einer definitiven Erledigung struktureller Problemzusammenhänge suggeriert, sondern gewinnt ihre operationale Bestimmung vor allem daraus, dass es gelingt, die standpunktdifferente Beurteilung organisationaler Konfliktlagen unter faktisch unhintergehbaren, tendenziell asymmetrischen Interaktionsbedingungen in Disziplinen überschreitender Weise zur Sprache zu bringen. Erreichbares Ziel ist entsprechend nicht so sehr die Problem*lösung*, als vielmehr die Problem*beschreibung*.

Die Ethik fungiert im Zuge dessen vor allem als eine Chiffre der Thematisierung. Hierzu transponiert sie die sachlich konfligierenden Problembestimmungen in eine alltagssprachliche Begrifflichkeit und schafft auf ihre Weise so etwas wie eine symbolische Repräsentanz des bestehenden Asymmetrieverhältnisses. Dergestalt macht sie die Differenz der Standpunkte transparent, ohne sie *de facto* zu tilgen. Gerade dadurch jedoch, so der Eindruck, versichern sich die einzelnen Diskursbeteiligten, dass der subjektiv empfundenen Verwickeltheit klinischer Handlungs- und Entscheidungssituationen eine „objektive“ Komplexität der Sachverhalte entspricht.

9. Antinomien der Praxis klinischer Ethikberatung

Was den konkreten Nutzen moralisch-ethischer Diskurse betrifft, ist jedoch die Perspektive der Mitglieder Klinischer Ethik-Komitees eine wesentlich andere als die der Außenstehenden. Insofern ergibt sich in unserer Sicht eine deutlich zurückhaltendere Einschätzung des Leistungspotentials ethischer Beratungsgremien. Denn wie die gegenwärtige Praxis Klinischer Ethik-Komitees zeigt, führt gerade der Versuch, die bestehenden Asymmetrieverhältnisse zwischen

[34] Ein Vergleich der beteiligten Professionen ergibt, dass z.B. die Ärzte in der Selbstbeschreibung ihres Engagements in einem Ethik-Komitee zu einer medizinrechtlichen Verengung des Ethikbegriffs neigen, während etwa die Pflege zu einer supervisionsäquivalenten Abzweckung des ethischen Diskurses tendiert. Die Generalisierbarkeit derartiger Motivdifferenzierungen bleibt am empirischen Material zu prüfen und bildet von daher einen separaten Untersuchungsgegenstand.

unterschiedlichen Professionen mittels der Institutionalisierung moralisch-ethischer Kommunikationsprozesse zu beheben, zu einer neuerlichen Asymmetrie, nämlich der zwischen der Binnenperspektive und der Außenwahrnehmung ethischer Beratungsgremien.

Diese *sekundäre* Asymmetrie – als solche ist sie methodisch noch weitgehend unreflektiert – vermittelt sich den Mitgliedern der Ethik-Komitees als »Resonanzproblem«. D.h. sowohl bei Patienten und Angehörigen als auch bei den übrigen Klinikmitarbeitern, die nicht selbst am Diskurs des Beratungsgremiums beteiligt sind, bleibt der Erschließungswert solcher Veranstaltungen vielfach unklar. Einer prinzipiellen Befürwortung der Existenz von Beratungsgremien an Kliniken, die bei entsprechenden Befragungen zutage tritt, steht eine weitgehende Folgenlosigkeit der vom Komitee produzierten Voten und Stellungnahmen gegenüber. Damit tritt nun erneut jene Ungleichgewichtigkeit klinischer Interaktions- und Kommunikationsbedingungen in den Blick, deren Aufhebung sich die Installation interdisziplinärer Ethikberatung zur Aufgabe gesetzt hat.

Verfahren der ethischen Konfliktthematisierung – darin liegt eine Korrektur ihrer derzeit sehr hoch eingeschätzten Problemlösungskompetenz – sind im Hinblick auf die ihnen zugeschriebene Integrations- und Entlastungswirkung nahezu ausschließlich auf die unmittelbar diskursbeteiligten Personengruppen begrenzt. Entgegen ihrer ursprünglichen Grundintention gerät so die klinische Ethik in die Paradoxie einer vollzugsimmanenten Konfliktreproduktion – und dies nicht allein in materialer, sondern vor allem in formaler Hinsicht. Die Beobachtung zeigt, dass institutionell verankerte Prozeduren ethischer Entscheidungsfindung prinzipiell der Gefahr unterliegen, mit den individuellen Moralen der einzelnen Beteiligten bzw. mit der immanenten Sachlogik professionalisierter Handlungsroutinen zu kollidieren. So kommt es in der Praxis klinischer Ethikberatung zu dem Paradox, dass die im Zuge der Professionalisierung der medizinischen Teildisziplinen entstandenen Entscheidungsprobleme durch die Einrichtung interdisziplinärer Beratungsgremien oft gerade deshalb nicht gelöst werden können, weil die zu diesem Zweck angestrengten Diskurse Probleme eben der Art zu generieren drohen, die sie eigentlich lösen sollen. Das mindert zwar nicht die ihr eignende Kompetenz der Problem*identifikation* und Problem*explikation*, doch schwebt diese gewissermaßen zwischen den Polen der kommunikativen Selbstvergewisserung und der organisatorischen Selbstverdoppelung.

Derzeit weist sich die klinische Ethik vornehmlich dadurch aus, dass es ihr gelingt, die neuralgischen Punkte aktueller Entwicklungen im Gesundheitssystem öffentlich sichtbar und dadurch kommunizierbar zu machen. In struktureller Hinsicht jedoch stößt sie an Grenzen, die in der besonderen Beziehung von Ethik und Organisationen begründet liegen. Während die strukturelle Entwicklung im Gesundheitswesen in immer stärkerem Maße auf eine Entsubjektivierung, d.h. Versachlichung der Prozesse hinführt, konzentriert sich die klinische Ethik in erster Linie auf das konkrete Subjekt. Die Subjektorientierung der Ethik

kontrastiert einer Logik zunehmender Objektivierung, welche die Belange des Einzelnen konstitutiv ausblenden muss, wenn sie die ihr eigene Tendenz der Prozessoptimierung effizient betreiben will. Im konkreten Umfeld medizinischer Handlungsabläufe und Entscheidungsfindungen hat sich die Ethik von dieser Tendenz zur Objektivierung bisher nur bedingt freimachen können.

Klinische Ethik-Komitees stellen gewissermaßen den Versuch dar, zwischen Sach- und Subjektbezug medizinischer Praxis zu vermitteln. Dazu dient nach dem oben Gesagten vor allem die dialogische Struktur des interdisziplinären Dialogs, der bei näherer Betrachtung jedoch gar nicht so Hierarchie nivellierend vonstatten geht, wie es *qua definitionem* der Fall sein sollte. Gerade die paritätische Besetzung des Gremiums trägt dazu bei, dass die mitunter kritikwürdigen Kommunikationsbedingungen im Hause sich innerhalb des Ethik-Komitees wiederholen. So werden beispielsweise Konflikte zwischen dem ärztlichen und dem pflegerischen Bereich oder zwischen der Krankenhausleitung und den Mitarbeitern im Ganzen in dem ethischen Diskurs weder des Dialoges halber ausgesetzt noch irgendwie gelöst, sondern mitunter noch potenziert. Die Egalität der Gesprächsbeteiligten, wie sie die Diskurstheorie zur Voraussetzung erklärt, ist in der Praxis klinischer Ethikberatung nicht schon *per se* gegeben. Die Absicht, durch die Einrichtung ethischer Beratungsinstanzen zur Enthierarchisierung der Mitarbeiterbeziehungen beizutragen, kann in dem Modus der paritätischen Diskursformation offenbar nicht unmittelbar realisiert werden. An diesem wie auch an den folgenden Punkten gilt: Das, was die Ethik-Komitees dem Ansatz nach intendieren, wird im Vollzug ihrer selbst nicht selten wieder zunichte gemacht. Jeweils handelt es sich um Tendenzen strukturellen Selbstwiderspruchs.

Mit Blick auf die diskursive Entscheidungsfindung lässt sich der beschriebene Sachverhalt wie folgt reformulieren: Die multiperspektivische Herangehensweise an klinisch-praktische Aufgabenstellungen generiert zum Teil widersprüchliche Entscheidungskriterien und Verhaltensmuster, die sich zudem in der Perspektive des Einzelnen nicht selten überschneiden. Ethische Konflikte zwischen den verschiedenen am klinischen Prozess beteiligten Subjekten sowie Konflikte zwischen einzelnen Beteiligten und der moralischen Selbstdefinition des Hauses bilden das Spannungsfeld klinischen Handelns. Die von Nikolaus Menzel eingeführte Unterscheidung zwischen *intra*personalen und *inter*personalen ethischen Konflikten, nach der sich diese „einerseits im entscheidungspflichtigen Subjekt abspielen oder aber zwischen mehreren Subjekten oder Gruppen aufbrechen“[35] können, wird daher, den klinischen Kontext betreffend, um den Konflikt zwischen individuellen und institutionellen Moralen ergänzt werden müssen. Individuelle und institutionelle Moral sind nicht in jedem Fall miteinander vereinbar; ähnliches gilt für das jeweilige Standesethos, das den Anforderungen

[35] Körtner, Ulrich H.J. (1999): Evangelische Sozialethik. Grundlagen und Themenfelder, Göttingen, 84.

komplexer interdisziplinärer Entscheidungen schwerlich allein aus sich selbst genügen kann. Das Bedürfnis nach ethischer Orientierung tritt, sozialpsychologisch betrachtet, in die Lücke der traditionellen Rollenfixierungen. Moralkommunikation ersetzt soziale Normierungen. Und überdies werden die, wie es scheint, unvermeidlichen Konflikte zwischen den Moralen der Einzelnen und der Moral der Institution Krankenhaus nicht selten dadurch verstärkt, dass die in Konflikt geratenen Standpunkte sich keineswegs eindeutig auf die einzelnen Diskursteilnehmer abbilden lassen.

Ein lediglich eindimensionales Verständnis des geschilderten Problems greift zu kurz. Vielmehr zeigt sich, dass die als konflikthaft empfundene Differenz zwischen individueller und institutioneller Moral auch in das Bewusstsein des Einzelnen fallen kann. In Anbetracht derart komplexer Bedingungen scheint die Aufgabe eines Ethik-Komitees – das doch dem Anspruch nach die Diversität der verschiedenen Standpunkte auf dem Wege der diskursiven Konsensbildung zu einem vermittelnden Votum bündeln will – schier unlösbar. Welche Maßstäbe ethischer Entscheidungsfindung können bei allen Beteiligten (geschweige denn außerhalb des Beratungsgremiums) als verbindlich gelten? Genau an dieser Stelle entsteht das Problem: Denn gerade das Bestreben, Verbindlichkeit herzustellen, setzt einen Grad an Differenzierung aus sich heraus, der seinerseits der konsensorientierten Urteilsbildung strukturell abträglich ist. Denn die dialogische Gleichgewichtigkeit der Gesprächspartner, die im klinischen Alltag so häufig vermisst wird, kann auch der interdisziplinäre Diskurs nicht ohne weiteres herstellen und die Integration unterschiedlicher Perspektiven unter dem Leitsatz ethischer Konsensbildung bleibt oft nur Wunschdenken. Nach anfänglicher Euphorie kehrt meist Ernüchterung ein. Viele Ethik-Komitees geraten nur wenige Monate nach ihrer Gründung in eine regelrechte Krise.

Neben der perspektivischen Differenzierung qua Interdisziplinarität, die in der Praxis der klinischen Ethikberatung zum Problem wird, da sie dem Anspruch der Klärung und Vermittlung der Standpunkte durch eigene Komplexitätsbildung zuwider läuft, steht auch der Transparenzgedanke unter einem ungünstigen Vorzeichen. Ethik im Krankenhaus soll mehr Transparenz der Entscheidungen sicherstellen und dabei selbst transparent bleiben. Aber auch diesem Anspruch stehen strukturelle Gegenläufigkeiten im Wege. Denn das, was innerhalb des Ethik-Komitees passiert, wird außerhalb des Gremiums oft nicht oder nur unzureichend wahrgenommen. Die Vorstellung, ins Krankenhaus hinein zu wirken und damit gewissermaßen eine Dienstleistung für gegenwärtig bzw. potentiell Betroffene anzubieten, bleibt in den Reihen der Klinikmitarbeiter zumeist ohne wirkliche Resonanz. Tatsächlich muss sich das Ethik-Komitee seine „Fälle“ überwiegend selber suchen. Die wenigen Anfragen, die von außen kommen, decken bei Weitem nicht die Zahl der als tatsächlich gegeben veranschlagten Konfliktfälle, zu deren Bearbeitung sich das Ethik-Komitee bereithält. Oft besteht außerhalb des Beratungsgremiums nur eine diffuse

Vorstellung von dem, was das Ethik-Komitee für die klinischen Problemstellungen leisten will. Eine erhöhte PR-Aktivität der Komiteemitglieder kann dieses Defizit – bei aller Anstrengung – nur bedingt ausgleichen. Fiktive Fallbesprechungen mit Mitarbeitern unterschiedlicher Stationen des Hauses – eine typische Gegenreaktion auf das so genannte „Resonanzproblem" – sollen bestehende Hemmschwellen abbauen helfen. Insofern entsteht fast der Eindruck, dass das Ethik-Komitee die Bedingungen, unter denen zu arbeiten es sich selbst für berufen hält, oft allererst herstellen muss. Es wird demnach ein Bedarf an ethischer Fallberatung unterstellt, dem von außerhalb des Beratungsgremiums nur zum Teil entsprochen wird.

Eine grundlegende strukturelle Antinomie besteht, wie gezeigt wurde, darin, dass die sachlogische Komplexität eines durch das Ethik-Komitee bearbeiteten Sachverhaltes durch die Bearbeitung selbst irgendwie reduziert werden soll. Die disziplinenübergreifende Herangehensweise jedoch führt dazu, dass die Beleuchtung der unterschiedlichen Standpunkte zur Sache den Fall erst in seiner vollen Komplexität hervortreten lassen. Jeder Perspektivenwechsel also, zu dem ja der ethische Diskurs ausdrücklich anleiten will, bringt eine Multiplizierung der Differenzpunkte mit sich. Ärztliches Standesethos, Vorgaben der Klinikleitung, medizinische Erfordernisse und individuelle Einschätzungen stehen mehr oder weniger unverbunden nebeneinander.

An dieser Stelle scheint vor allem der Diskussionsleiter des Ethik-Komitees gefordert. Ihm oder ihr fällt die Aufgabe zu, einen methodisch und organisatorisch zuverlässig geregelten Fortschritt der Debatte zu erwirken, ohne dass Parteiinteressen oder personbedingte Besonderheiten wie Geschwätzigkeit, Dominanz oder Eloquenz eine Verzerrung der Entscheidungsbildung bewirken. Außerdem muss zwischen verschiedenen Ebenen der Problemerörterung, etwa den zwischen moralischen Primäreindrücken und einer im engeren Sinne ethisch zu nennenden Reflexionskompetenz ein der Sache förderliches Gleichgewicht gefunden werden. Allerdings wird die Last der Vermittlungsarbeit schwerlich der Diskussionsleitung allein aufzubürden sein.

10. Zur Rolle des Theologen im Ethik-Komitee

Der in diesem Beitrag vertretenen These zufolge werden die zum Fortgang und zur Steuerung des Diskurses erforderlichen Kompetenzen nicht allein von der Gesprächsleitung importiert, sondern auch von anderen Komitee-Mitgliedern in den Kommunikationsprozess eingebracht. Unter anderem also auch durch die in dem Gremium vertretenen Theologen. Dies allerdings nun nicht etwa dadurch, dass die Theologen die horizontale Dimension der Problemkonstellation über den Gottesgedanken in die Vertikale spiegelten und dadurch befreiende Einsichten gewönnen. Sondern dadurch, dass sie es sind, welche den disziplinenspezifischen Rollenzuschreibungen im Krankenhaus am wenigsten unterworfen sind. Ohne

dadurch an fachlichem Renommee einzubüßen, ist es ihnen möglich, fachlich bzw. sachlich quer liegende Zusammenhänge unbefangen zu beleuchten.

Die Theologen profilieren sich demnach nicht in erster Linie über Inhalte. Weder die regulative Effizienz des Schöpfungsgedankens noch die universale Evidenz eines theologisch akzentuierten Menschenwürdekonzepts stehen im Zentrum der Argumentation. Mit inhaltlichen Einträgen in die Debatte halten es die im DFG-Projekt interviewten bzw. teilnehmend beobachteten Theologen überaus zurückhaltend. Statt theologisch – oder gar religiös – motivierter Stellungnahmen zeigen sie vielmehr operationale Kompetenzen. Sie strukturieren die Diskussion, wobei sie in ihrer professionellen Identifikation zurücktreten. Auffällig ist, dass es hierzu einer eindeutig qualifizierbaren religiösen Symbolsprache nicht bedarf.

In dieser Hinsicht partizipieren die theologischen Experten unter den Komiteemitgliedern an einem allgemeinen Charakteristikum klinisch-ethischer Diskussionskultur. Eine spezifisch ethische Semantik „neutralisiert" gewissermaßen die stark eigengesetzlich verfassten professionsimmanenten Denk- und Gesprächsmuster. Bereits die Kennzeichnung eines als irritierend empfundenen klinischen Konflikts als ein „ethisches" Problem, mit der jede tiefer gehende Auseinandersetzung im Ethik-Komitee beginnt, deutet auf eine verallgemeinerte, prinzipiell Zustimmung ermöglichende, und damit zugleich professionsunspezifische Formulierung des Sachverhalts hin. Gerade die Chiffrierung eines Problems als eines „ethischen" Problems lässt die den unterschiedlichen Professionen verfügbare Spezialsemantik in den Hintergrund treten – folglich auch die theologische.

Das heißt jedoch nicht, dass die besondere Terminologie der beteiligten Disziplinen überhaupt nicht mehr Platz hätte, aber man ist sich bewusst, durch die Forcierung des jeweils zuhandenen Fachbereichsvokabulars der Lösung des Problems nicht eben näher zu kommen. So wird der Mediziner die medizinischen Hintergründe des verhandelten Falls zwar in die Debatte einbringen, eine terminologische Überstreckung der Darlegung jedoch vermeiden. In ähnlicher Weise nimmt auch der Theologe bzw. die Theologin im Regelfall Abstand von eindeutig religiös exponierten Darstellungsmustern, um eine auf Verständigung ausgerichtete Fortsetzung der Diskussion nicht zu behindern.

Es hat geradezu den Anschein, dass die Verständigung, um nicht zu sagen Verständlichkeit des Diskurses ein besonderes Anliegen der Theologen unter den Komiteemitgliedern darstellt. Häufiger als andere, zeigen die teilnehmenden Beobachtungen, fordern sie die übrigen Diskussionsteilnehmer dazu auf, begrifflich komplexe Formulierungen zu erläutern bzw. die sachlichen Details einer bestimmten fachspezifischen Auffassungsweise – etwa der juristischen – auf allgemein verständliche Weise auszudrücken. Auf diese Weise tragen sie dazu bei, dass die konzeptuell proklamierte Interdisziplinarität nicht nur formal, sondern auch real Bestand hat. Wendungen wie „Darf ich mal fragen …?" und „Das ging

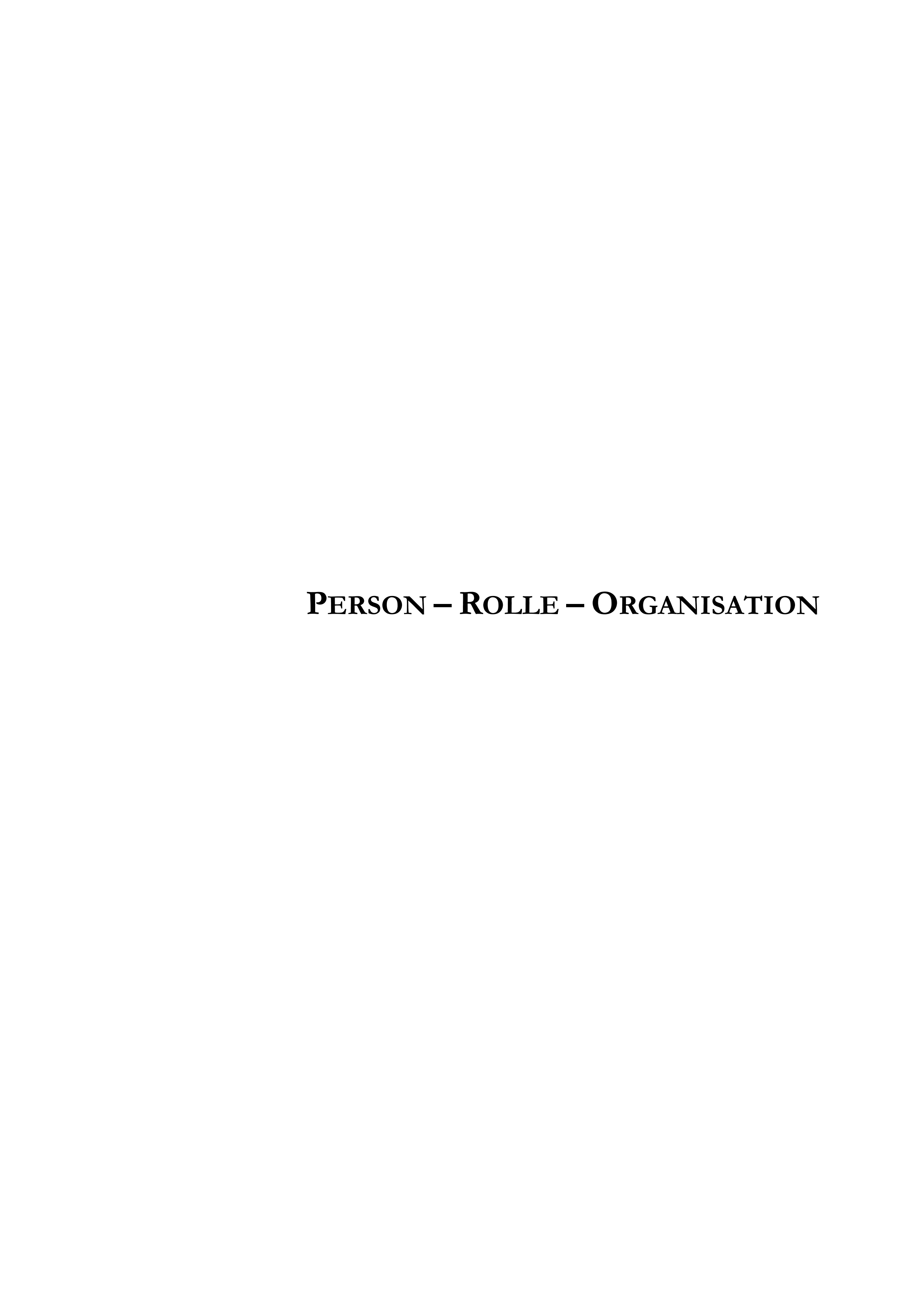
jetzt ein bisschen schnell …“ sind, in gewisser Weise, typisch für die Rolle von Theologen in Klinischen Ethik-Komitees. Durch die konkretisierende Nachfrage wird der Gesprächsprozess für die anderen Beteiligten transparent gehalten. Es entsteht Raum für erläuternde Ausführungen, in denen sich die Impuls gebenden Experten um eine besondere Anschaulichkeit und Klarheit bemühen. Theologen markieren die wechselseitigen Verstehensgrenzen, indem sie selbst ihre eigenen Verstehensgrenzen für alle sichtbar markieren. Sie tun damit nichts, was andere nicht auch tun können. Der Unterschied besteht lediglich darin, dass sie von dieser Möglichkeit viel selbstverständlicher als andere Gebrauch machen. Als Experten außerhalb ihres traditionell angestammten Terrains verfügen sie über die Möglichkeit, frei von den klinisch präfigurierten Gegebenheiten und Geflogenheiten dem Interesse der ethischen Urteilsbildung nachzugehen, während die Mehrheit der anderen Diskursteilnehmer in irgendeiner Weise den Verpflichtungen und Eigengesetzlichkeiten seiner professionellen Beteiligung am Klinikbetrieb nachzukommen hat.

Was dies betrifft, überschneidet sich die Rolle des Theologen mit der des Patientenfürsprechers. Dieser steht als Vertreter der außerklinischen Öffentlichkeit zumeist nicht in Verbindung mit den näheren Verwicklungen des klinischen Prozesses. Er ist, wenn man so will, ein „Experte fürs Nicht-Experte-Sein“[36].

Der Unterschied des Theologen zum Patientenfürsprecher besteht nun darin, dass der Theologe – ähnlich wie die juristischen Experten, welche dem Gremium für gewöhnlich angehören – zumindest virtuell bei einer besonderen professionellen Qualifikation behaftet wird. Diese professionelle Qualifikation wiederum gilt, wie die des Rechtsexperten, als dem Prozess der ethischen Urteilsbildung grundsätzlich zuträglich. Worauf dieser Eindruck sich gründet, ist schwer zu sagen. Einige der in diesem Band versammelten Beiträge werden der, in unserem Zusammenhang lediglich anzudeutenden, Fragestellung am empirischen Material weiter nachgehen. Auffällig ist jedenfalls, dass gerade im Zuge der Gründung von Klinischen Ethik-Komitees immer wieder auf die direkte und indirekte Beteiligung theologischer Experten, Klinikseelsorger und außen stehender Vertreter der Kirchen oder der theologischen Fakultäten gesetzt wird. Offenbar verfügen die theologischen Standesvertreter über eine strukturell, funktional und hierarchisch entkoppelte Sozialkompetenz, die in Verbindung mit der Ernsthaftigkeit und Gewissenhaftigkeit ethischer Problembearbeitung einen hohen Grad von Glaubwürdigkeit und Verbindlichkeit verspricht. Theologen sind im Kontext der Klinken zumeist hoch geachtet. Klinikmitarbeiter wie Komiteemitglieder befürworten nachdrücklich die Einbeziehung von Theologen in ethische

[36] Sulilatu, Saidi: Klinische Ethikkomitees und Patientenautonomie. Zur Technisierung der Medizinethik. Vortrag auf der Tagung der Sektion Wissenschafts- und Technikforschung der DGS am 9.-10.Januar 2004 an der Humboldt-Universität Berlin.

Beratungsarbeit. Ihre Mitarbeit gilt als eine Art „Gütesiegel". Der Theologe ist als Individuum eine „Institution" – zumindest im Kontext der Ethik-Komitees.



PERSON – ROLLE – ORGANISATION

Anne-Kathrin Lück

Professionalisierung durch De-Professionalisierung

Wie Theologinnen und Theologen in Klinischen Ethik-Komitees agieren

1. Einleitung

Klinische Ethik-Komitees sind innerhalb der Institution Krankenhaus angesiedelt. Deshalb scheint die Besetzung des Gremiums mit Ärzten und Mitarbeitern aus dem Pflegepersonal einleuchtend. Nun versteht sich das Ethik-Komitee aber nicht nur als ein Gremium, das ausschließlich in sich und innerhalb der Organisation Krankenhaus eine Funktion hat, sondern ihm ist auch daran gelegen, eine gewisse Außenwirkung – im Gesamtkontext des Krankenhauses, aber auch darüber hinaus – zu erzielen. Auf der inhaltlichen Ebene kommt diese Tendenz u.a. darin zum Ausdruck, dass das Klinische Ethik-Komitee sich nicht nur mit Einzelfall-problematiken beschäftigt, die an das Komitee herangetragen werden, sondern, dass es sich auch mit allgemeineren Themen wie z.B. Patientenverfügung oder Sterbehilfe auseinandersetzt und diese dann mitunter in öffentlichen Foren wie z.B. Ethik-Cafés diskutiert. Auf der formalen, gremiumsinternen Ebene spiegelt sich der Wunsch nach einer Wirkung des Klinischen Ethik-Komitees über die Grenzen des eigenen Gremiums und durchaus auch über die des Krankenhauses hinweg u.a. darin wieder, dass generell versucht wird, eine möglichst breite beruf-

liche Pluralität unter den Mitgliedern herzustellen. Dazu werden sowohl Personen aus den verschiedenen krankenhausinternen wie auch aus bestimmten krankenhausexternen Berufsgruppen ernannt. So heißt es in der Geschäftsordnung von Horntal:

> „Die [hausinternen] Mitglieder kommen insbesondere aus dem ärztlichen Bereich, aus dem pflegerischen Bereich, aus dem Verwaltungsbereich und aus dem Sozialdienst. Das Klinische Ethik-Komitee soll darüber hinaus mit Mitgliedern besetzt werden, die nicht Mitarbeiter des Hauses sind und von außen kommen."[1]

Als „externe" Mitglieder werden hier Juristen, die speziell als Experten für Rechtsfragen im Klinischen Ethik-Komitee fungieren, Patientenfürsprecherinnen, die für die Fragestellungen aus Patientensicht aufgeschlossen sein sollen und Seelsorger, die den „Standpunkt der pastoralen Sorge um den Patienten, seine Angehörigen oder allgemein die in der konkreten Problemstellung betroffenen Menschen"[2] in das Ethik-Komitee einbringen sollen, genannt. Das Klinische Ethik-Komitee Endheim legt hier z.B. noch Wert auf einen „ausgewiesenen Ethiker".[3]

Die Theologinnen und Theologen fügen sich in diese berufliche Vielfalt in besonderer Weise ein. Während solche, die beispielsweise als Religionslehrer, Gemeindepfarrerin oder als Theologieprofessor arbeiten eher eine „externe" Berufsgruppe repräsentieren, nehmen die Klinikseelsorgerinnen und Klinikseelsorger eine Zwischenposition ein. Einerseits gehören diese durch ihren speziellen Tätigkeitsbereich zu der Organisation Krankenhaus. Andererseits sind sie nicht vollständig Teil der Institution Krankenhaus, sondern sind immer auch Vertreter der Institution Kirche, die übrigens in den meisten Fällen auch ihr Arbeitgeber ist.

Egal, ob man nun von Klinikseelsorgerinnen und Klinikseelsorgern oder von Theologinnen und Theologen in anderen Berufen ausgeht - innerhalb Klinischer Ethik-Komitees sind sie akzeptiert und erwünscht. Diese Tatsache können wir zumindest für unsere vier beforschten Ethik-Komitees feststellen. Die Frage, die sich daraus ableitet, ist, wie sie sich konkret in die Arbeit der Klinischen Ethik-Komitees einbringen. Sind ihre Beiträge und ihr Verhalten für das Ethik-Komitee konstruktiv? Stehen sie nur für eine beliebige Perspektive, die zur Pluralität des Ethik-Komitees beiträgt oder lässt sich das beobachtete Agieren der Theologinnen und Theologen so deuten, dass es eine besondere theologische Funktion für das Ethik-Komitee darstellt?

In diesem Beitrag möchte ich zunächst deskriptiv untersuchen, wie Theologinnen und Theologen auf der semantischen Ebene in den Diskussionen der Klinischen Ethik-Komitees agieren und auf diesem Wege zu der Frage nach der speziellen

[1] Geschäftsordnung Horntal vom 15. Juli 1998, 2.4.
[2] Vgl. Geschäftsordnung Horntal vom 15. Juli 1998, 2.4; 2.5.
[3] Vgl. Satzung des Klinischen Ethik-Komitees Endheim, §2.9.

Funktion von Theologinnen und Theologen in Klinischen Ethik-Komitees überleiten, der Constantin Plaul dann vornehmlich nachgehen wird.

Unter die Bezeichnung „Theologinnen und Theologen" möchte ich allgemein diejenigen Mitglieder der Ethik-Komitees stellen, die ein Theologiestudium durchlaufen haben. Darunter fallen in unserem Fall Berufsgruppen wie Religionslehrer, Klinikseelsorger, Gemeindepfarrer oder Wissenschaftler aus dem Fachbereich Theologie. Ausgangspunkt meiner Darstellung ist die empirische Beschreibung, wie diese entsprechenden Personen auf der semantischen Ebene agieren. Materialgrundlage bilden hierbei die Protokolle der teilnehmenden Beobachtungen, die lediglich aus der Beobachterperspektive – also einer Außenperspektive – Interaktionen, v.a. sprachlicher Art, innerhalb des Gremiums festhalten und aufzeigen. Dementsprechend fragt der Begriff „agieren" in diesem Kontext nach dem Auftreten, dem sprachlichen und anderen Handeln der Theologinnen und Theologen in den Klinischen Ethik-Komitees, wie er von außen wahrgenommen wird. Dabei könnten durchaus Divergenzen zur eigenen Selbstwahrnehmung der besprochenen Personen entstehen, was hier aber nicht weiter thematisiert werden soll.[4]

2. Bestandsaufnahme des Agierens der Theologinnen und Theologen in Klinischen Ethik-Komitees

Im Folgenden werde ich also einen Überblick über das beobachtete Agieren der Theologinnen und Theologen in den Klinischen Ethik-Komitees geben. Dabei werde ich die Ergebnisse in Kategorien zusammenfassen und sie an kurzen Beispielen illustrieren. Die Oberkategorien, die ich verwende, teilen sich in zwei Bereiche auf: Zum einen gibt es Äußerungen von Theologinnen und Theologen, die keine explizit theologische oder religiöse Semantik enthalten, und die daher unter dem Begriff „Nicht ‚explizit-theologische' Stellungnahmen" zusammengefasst werden. Dieser Bereich ließe sich mit sehr vielen Beispielen demonstrieren. Für fast alle Theologinnen und Theologen in den Klinischen Ethik-Komitees gilt, dass sie nur selten mit einer dezidiert theologischen oder religiösen Semantik in den Diskussionen der Klinischen Ethik-Komitees auftreten. Im Allgemeinen nehmen die Vertreterinnen und Vertreter dieser Fachgruppe eher eine zurückhaltende Rolle ein, die strukturierend und kommunikationsunterstützend wirkt, ohne dabei inhaltlich die Diskussionen voranzubringen.

Dennoch gibt es zum anderen aber auch Beiträge, die erkennbar Semantik enthalten, die entweder allgemein einen Bezug zur Theologie oder christlichen Religion aufweist oder aber im jeweiligen Berufskontext der einzelnen Theologinnen und Theologen verankert ist. Diese Art von Stellungnahmen

[4] Vgl. zu dieser Problemstellung den Beitrag von Constantin Plaul in diesem Band.

werden entsprechend in der zweiten Oberkategorie „Explizit-theologische Stellungnahmen“ zusammengefasst.

Die Unterkategorien werden jeweils kurz im Hinblick auf das Ethikverständnis in den Klinischen Ethik-Komitees interpretiert, um so die verschiedenartige Semantik der Theologinnen und Theologen in den Kontext der Ethik-Komitees einordnen zu können.

2.1 Nicht „explizit-theologische“ Stellungnahmen

a) „Nichtexpertesein“

Während Ärzte oder Juristen häufig als Experten in ihrem Fachgebiet in Erscheinung treten, indem sie z.B. medizinische Fakten beitragen oder über bestimmte Rechtsbestimmungen aufklären, stellen sich die Theologinnen und Theologen in Klinischen Ethik-Komitees oftmals explizit als „Nichtexperten“ dar. Sie fragen nach, wenn sie etwas nicht verstanden haben (sei es medizinisch, sei es juristisch) und vermitteln so zwischen den anderen unterschiedlichen Expertengruppen.

> Bsp. 1: Das Klinische Ethik-Komitee ist gerade dabei, ein bevorstehendes Ethik-Café zum Thema Patientenverfügung zu planen. Bei dieser Veranstaltung wird sich die Referentin, eine Juristin, auch zu dem neusten Urteil des Bundesgerichtshofes bezüglich einer Patientenverfügung äußern. Frau Gantenbein [ev. Pastorin und Klinikseelsorgerin] hat hierzu eine Nachfrage. Sie erklärt, sich mit dem Urteil des BGH beschäftigt zu haben, habe aber die textlichen Ausführungen trotz intensiven Bemühens nicht verstanden. Dieses „Bekenntnis“ löst eine Reihe von weiteren Nachfragen aus, auf die der Moderator Grauwald [Philosoph und Leiter des Ethik-Komitees] sofort eingeht. (T-HT-3, 65-67; vgl. Parallele in T-HT-4, 53-56).

> Bsp. 2: Turm [philosophischer Ethiker] hält einen Kurzvortrag über die rechtliche Situation bei Schwangerschaftsabbrüchen. Dabei macht er statistische Angaben: Für das Jahr 1994 seien 26 späte Schwangerschaftsabbrüche vorgenommen worden, von 1995 bis 2000 ca. 200. Prof. Jung [Arzt] kommentiert: „Die Dunkelziffer ist hoch!“ Der evangelische Klinik-seelsorger Paul Possner fragt noch einmal bezüglich der genannten Werte nach: „Sie meinen zweihundert*tausend* Schwangerschaftsabbrüche?“ (T-HB-22, 47-50).

Diese beiden Beispiele zeigen, wie Theologinnen und Theologen dazu beitragen, „Kommunikation auf Augenhöhe“ zu betreiben.[5] Sowohl die Pastorin Gantenbein als auch der Klinikseelsorger Possner sorgen dafür, dass es eine gemeinsame Wissensbasis für alle Anwesenden gibt. Gerade im ersten Beispiel wird deutlich, dass Frau Gantenbein durch ihr „Initialbekenntnis“, etwas nicht genau verstanden

[5] Vgl. zu diesem Aspekt den Beitrag von Julia Inthorn in diesem Band.

zu haben, für andere Mitglieder einen Raum zu weiteren Nachfragen öffnet. Diese haben das Ziel, weitere Erklärungen einzuholen und dienen im gesamten Gremium dazu, sich darüber zu verständigen, von welchem geteilten Informationsstand aus die jeweilige Sachlage weiter besprochen werden kann.

b) „Mitfühlende Patientensicht“

Ähnlich wie die Patientenfürsprecher scheinen die Theologinnen und Theologen besonders die Perspektive der Patienten wahrzunehmen und betonen indirekt, sich für sie als „Menschen“ und nicht als „Fall“ zu interessieren.

Bsp.1: T-EH-1, 83:

Peter Löwe (ev. Klinikseelsorger und Leiter des Klinischen Ethik-Komitees) berichtet von einem Fall, bei dem er (als Theologe) von der Pflege zu einer Patientin gerufen wurde, die nach Sterbehilfe verlangt hatte. Das Pflegepersonal hatte ein Kreischen gehört und traf die Patientin bei dem Versuch, sich zu strangulieren, an. Man konnte aber die Patientin schließlich beruhigen und hatte sie bald darauf entlassen.

Die Oberärztin Nina Haff (Anästhesistin) fragt im Anschluss an Löwes Bericht nach dem Grund der Krankheit der Patientin: „Ist sie depressiv?“ Peter Löwe antwortet: „Nein - Man hatte den Eindruck, dass sie *einsam* ist.“

Es zeigt sich also deutlich: Während die Ärztin zunächst nach einem genaueren medizinischen Befund fragt, verweist der Klinikseelsorger zunächst auf den psychosozialen Zustand der Patientin. Dabei benutzt er aber keine fachmedizinische Terminologie, sondern verwendet eine Sprache, die allgemein verständlich und erfahrungsbezogen ist: „Sie ist *einsam*“. Diese Semantik umfasst mehr als eine bloße Beschreibung des Krankheitszustandes der Patientin.

Bsp. 2: T-HT-13, 140:

Es wird respektiv ein Fall besprochen, bei dem es um die Frage eines medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbruchs in der zwanzigsten Schwangerschaftswoche geht. Bei einer Untersuchung der werdenden Mutter wurde festgestellt, dass der Embryo an Anenzephalie litt, d.h. ihm fehlten das Schädeldach und große Teile des Gehirns. Landläufig bezeichnet man diese Fehlentwicklung aufgrund des deformierten Schädels und des austretenden Gehirns als „Froschkopf“ oder „Blumenkohlkopf“. Für diese Krankheit gibt es keine Therapiemöglichkeit. Die Kinder werden meist tot geboren oder sterben kurz nach der Geburt.

Der Fall erhielt v.a. aufgrund der katholischen Linie des Krankenhauses besondere Brisanz. Man war sich letztlich einig, dass eine Abtreibung sinnvoll gewesen wäre. Dennoch konnte man sie im eigenen Krankenhaus nicht durchführen, weil dort jegliche, auch medizinisch indizierte Abtreibungen, untersagt sind. Schließlich legte man dem Paar nahe, sich an ein anderes Krankenhaus zu wenden, wo dann auch die Abtreibung durchgeführt wurde.

> Nachdem der Fall in der Sitzung des Klinischen Ethik-Komitees vorgestellt ist, diskutiert man noch einmal kurz, ob es möglich bzw. sinnvoll gewesen wäre, das Kind auszutragen. Frau Gantenbein erkundigt sich in diesem Zusammenhang, wie das Kind im Falle der Geburt ausgesehen hätte: „Wäre das *schlimm* für die Frau gewesen?"

Auch hier steht für die ev. Pastorin und Klinikseelsorgerin das Wohl der Patientin, d.h. in diesem Fall der Schwangeren, im Mittelpunkt. „*Schlimm*" ist – wie im ersten Beispiel das Wort „*einsam*" – auch ein Begriff, der in einer allgemein menschlichen Erfahrungswelt zu verorten ist. Die Pastorin umschreibt damit letztlich ihr Anliegen, den Fall nicht sachlich auf einen medizinischen Befund zu reduzieren, sondern über den Befund hinaus zu verstehen, was dieser für die Patientin bedeutet.

Sowohl Löwe als auch Gantenbein ergänzen die medizinischen Befunde durch eine erweiterte Perspektive und verhelfen dadurch dem Gremium ein ganzheitlicheres Bild der Situation zu gewinnen.

c) „Moderator und Organisator"/ „Formalismus"

Es ist zu beobachten, dass die Theologinnen und Theologen häufig die Rolle einer Moderatorin bzw. eines Moderators einnehmen bzw. sich für organisatorische Dinge zuständig zu fühlen scheinen, ohne dass ihnen diese Aufgabe explizit aufgetragen wird.

Am stärksten findet sich diese Rolle bei Klaus Kamm (ev. Klinikseelsorger). Deshalb soll sie an ihm exemplarisch veranschaulicht werden. Es werden dazu verschiedene Sequenzen aus den Beobachtungsprotokollen hinzugezogen.
Kamm ist stellvertretender Sprecher des Klinischen Ethik-Komitees und ist sehr erpicht darauf, Regeln und Satzungen im Ethik-Komitee einzuhalten. Damit verfolgt er das Ziel, die Diskussionen so zu strukturieren, dass sie für jedes Mitglied offen bleiben, d.h. dass jeder und jede zu Wort kommen und ggf. auch nachfragen kann, wenn etwas nicht verstanden wurde. Gleichzeitig vermeidet er dadurch, dass sich das Gespräch zu einem „Expertengespräch" beispielsweise unter Ärzten entwickelt. Dies würde nämlich dem Ethikverständnis der Klinischen Ethik-Komitees im Hinblick darauf, dass jedes Mitglied gleichermaßen an der Diskussion teilhaben sollte, widersprechen:

> T-WG-3, 108-110// WG-4, 125ff.
>
> Bsp 1: Die Diskussion ist in vollem Gang. Alle Anwesenden reden durcheinander, bis Kamm energisch fordert, dass sich doch alle an die Geschäftsordnung halten sollen. Er bittet die Teilnehmer, sich zu melden und nicht wild durcheinander zu reden. Für einen kurzen Moment zeigt sein eingreifendes Wort Wirkung; viele Diskussionsteilnehmer nicken zustimmend und befolgen auch einige Minuten die Regel. Dies hält allerdings nicht lange an.

Einige Male übernimmt Kamm sogar die (Co-)Moderation und strukturiert damit die Gesprächssituation.

T-WG-2, 190f.; T-WG-4, 296; T-WG-6, 249; 281f.

Bsp. 2a: Kamm schaltet sich in die Diskussion ein und fasst für das Protokoll noch mal die verschiedenen Beiträge, die bisher in den Raum geworfen wurden, zusammen.

Bsp. 2b: Obwohl sich viele Teilnehmer melden, bekommen sie vom eigentlichen Moderator Hof [Vorsitzender des Klinischen Ethik-Komitees] nicht das Wort erteilt. Daraufhin beginnt nach und nach jeder spontan los zu reden, ohne die Gesprächsregeln einzuhalten. Bevor ein völliges Chaos ausbrechen kann, interveniert Kamm und übernimmt kurzerhand die Moderatorenfunktion, indem er die Leute aufruft. Nach einer Weile scheint die Diskussion schon wieder durcheinander zu geraten. Kamm macht erneut eine Moderationsanstrengung: „Wie machen wir das mit den Meldungen?" Obwohl niemand direkt auf Kamms Frage eingeht, wird sie (zumindest wieder für einen kurzen Moment) beachtet und als Regel umgesetzt: Horn wird als nächstes aufgerufen, bevor er mit seinem Beitrag die Diskussion fortsetzt.

Teilweise klärt Kamm über die Rechtssprechung auf und ersetzt damit den nicht vorhandenen Juristen im Klinischen Ethik-Komitee Wiesengrund. In dem folgenden Beispiel sorgt er mit seinem Beitrag dafür, dass alle Mitglieder auf demselben Wissensstand sind:

T-WG-5, 239f.

Bsp. 3: Hof berichtet von folgendem Fall: Ein 63-jähriger Mann war wegen einer Asbestbelastung in Frührente gegangen. Einige Zeit später diagnostizierte sein Hausarzt eine Bronchitis. Die Behandlung zeigte aber keine Erfolge. Nach zwei Monaten überwies ihn der Hausarzt an eine Lungenfachklinik. Auf Röntgenaufnahmen fanden sich Verdichtungen in Lunge, Oberschenkelhals und Leber. Aufgrund der Vorgeschichte bestand ein starker Verdacht auf Krebs. Die Tumore sollten mit einer Bronchoskopie untersucht werden, was der Patient ablehnte. Man riet dem Mann, sich am Oberschenkelhals operieren zu lassen, um einem Bruch vorzubeugen. Wieder zögerte der Mann, ließ sich aber schließlich in einer anderen Klinik operieren. Eine Rücksprache mit der Lungenfachklinik fand weder durch den Patienten noch durch die Ärzte statt. Nach der Operation traten Komplikationen auf – der Patient war bewusstlos und musste beatmet werden. Außerdem traten Blutungen auf und schließlich kam es zu einem Nierenversagen. Die Ärzte standen nun vor der Frage, ob man eine Dialyse durchführen sollte oder nicht. Kamm unterbricht hier den Vortrag von Hof und klärt darüber auf, dass die mündliche Aussage des Patienten juristisch gesehen ausreicht, um in dem besprochenen Fall auf eine Dialyse zu verzichten.

Mit der Moderatoren- und Organisatorenrolle hängt den Beobachtungen nach oft ein beharrlicher Formalismus eng zusammen. Immer wieder sind es Theologinnen

und Theologen, die auf Richtlinien hinweisen, die Sitzungen protokollieren oder auf formale organisatorische Dinge achten. So auch Klaus Kamm:

T-WG-4, 24-27; 29-32; 125-127

Bsp. 4a: Kamm verschafft sich zur Sitzungseröffnung Gehör: „Wer schreibt Protokoll?“ Diese Frage bringt Ruhe in das allgemeine Durcheinander der Anwesenden und macht deutlich, dass die Sitzung nun beginnt. Schnell wird ein Protokollant gefunden.

Bsp. 4b: Kamm verweist im Rahmen der Besprechung des vorherigen Protokolls auf den §5 der Geschäftsordnung des Ethik-Komitees, wonach die Sitzungen desselben nicht-öffentlich seien. Er bemängelt, dass bei der letzten Sitzung eine nicht geladene Person anwesend gewesen sei und dass damit gegen die Geschäftsordnung verstoßen worden sei.

Einen erneuten Rekurs auf die Geschäftsordnung unternimmt Kamm etwas später in derselben Sitzung: „Ich muss an dieser Stelle auf unsere Geschäftsordnung hinweisen - wir sollten vielleicht versuchen, uns zu melden, damit auch jeder die Chance hat, zu Wort zu kommen.“

Fazit: Bei Klaus Kamm ist zu beobachten, dass er in der Rolle, die er als Moderator und Organisator einnimmt, seine Mitarbeit auf der formalen Ebene in den Vordergrund stellt, während inhaltliche Mitarbeit in den Hintergrund tritt. In seiner Semantik lassen sich daher zunächst also keine „explizit-theologischen“ Aussagen finden. Dafür ist es ihm ein Anliegen, dass die Diskussionen strukturiert und für jeden verständlich ablaufen (Bsp. 2a; 4a) und jede und jeder gleichberechtigt zu Wort kommen kann (Bsp. 4b). Dies gelingt ihm durchaus. Auch wenn seine Bemühungen, die Diskussion zu ordnen, teilweise nur kurz anhaltenden Erfolg zeigen (vgl. Bsp. 1; 2b), werden sie zumindest für einen kurzen Moment aufgegriffen und *umgesetzt*.

Was die Theologin Gantenbein im obigen Beispiel durch ihr dezidiertes „Nichtexpertesein“ bewirkt, wird von Kamm durch seine Substitution des juristischen Experten geleistet: „Kommunikation auf Augenhöhe“ (Bsp.3). Ein Jurist fehlt im Klinischen Ethik-Komitee Wiesengrund, also ersetzt ihn Kamm und klärt über die Rechtssprechung auf. Alle Teilnehmer werden so auf dasselbe Wissensniveau gebracht und können von dort aus weiter diskutieren.[6]

[6] Obwohl die Wirkung des Auftretens der Theologin Gantenbein als „Nichtexpertin“ und des Theologen Kamm als „juristischer Experte“ ist, „Kommunikation auf Augenhöhe“ betreiben zu können, indem der Wissensstand für alle Beteiligten angeglichen wird, sind diese beiden Arten von Stellungnahmen doch kategorial voneinander zu trennen. Kamm tritt nicht als dezidierter „Nichtexperte“ auf, mit dem sich beispielsweise ein Jurist oder eine Patientenfürsprecherin identifizieren kann, wenn es um eine nicht verstandene medizinische Diagnose geht, sondern er tritt als *Experte* auf. Er substituiert den professionellen juristischen Experten und macht sich somit selber zum Experten in juristischen Fragen. Er vermittelt den gemeinsamen Wissenstand „von oben“, indem er nämlich die Unwissenden mit seinem Wissen aufklärt. Gantenbein hingegen ermöglicht das Gespräch auf Augenhöhe durch eine Vorgehensweise „von unten“, d.h. sie stellt sich auf die Stufe der Nichtwissenden und fragt nach, so dass sie selber aufgeklärt wird. Die Rollen der beiden

Im Sinne des Ethik-Verständnisses der Klinischen Ethik-Komitees dient Kamms Agieren dazu, den Kommunikationsprozess am Laufen zu halten und dabei die einzelnen Mitglieder in diesen Prozess zu integrieren. Er treibt also genau so Ethik, wie sie in den Klinischen Ethik-Komitees verstanden wird: Ethik als Kommunikationsprozess.[7]

d) „Verfahrensfragen“

Häufig sind die Diskussionen stark davon geprägt, ein geeignetes „Verfahren“ im Umgang mit Fallbesprechungen oder anderen Anliegen des Ethik-Komitees zu finden und zu etablieren. Beispielsweise tritt in Wiesengrund immer wieder die Frage auf, ob man „Ethik von unten“ oder „Ethik von oben“ betreiben wolle. „Ethik von unten“ geht dabei im weitesten Sinne von Einzelfallentscheidungen aus, von denen man auf allgemeine Prinzipien schließen möchte, wogegen „Ethik von oben“ allgemeine Prinzipien auf Einzelfälle anzuwenden versucht. Ein anderes Beispiel für das große Interesse an Verfahrensfragen zeigt sich in der Suche nach einem geeigneten Modell für Fallbesprechungen. Sowohl in Hochburg als auch in Wiesengrund und in Endheim diskutiert man z.B. über das laut Erfahrungsberichten aus anderen Klinischen Ethik-Komitees geeignete „Nimweger Modell“ (T-EH-6, 183, T-HB-12, 41). In Endheim wird das Argument genannt, dass ein von Peter Löwe (ev. Klinikseelsorger) in Anlehnung an das „Nimweger Modell“ entwickeltes Verfahren ethische Entscheidungen transparent machen würde und dadurch zusätzliche Rechtssicherheit für die Ärzte bestünde:

> Peter Löwe (ev. Klinikseelsorger) versucht, sein Verfahren den Ärzten schmackhaft zu machen. Die Anwendung des Verfahrens würde für mehr Rechtssicherheit der Mediziner sorgen, so seine Argumentation. Würde etwa der Betreuer eines Patienten Klage gegen die medizinische Versorgung durch einen Arzt erheben, und dieser habe das vorgeschlagene ethische Entscheidungsverfahren angewandt, so sei ein Freispruch vor Gericht sicher, erklärt er. Das Verfahren würde die Entscheidung des Mediziners transparent machen. (T-EH-6, 115-121).

Das große Interesse an Verfahrensfragen spiegelt noch ein weiteres Mal das Ethikverständnis in den Klinischen Ethik-Komitees wider. Es muss darüber debattiert werden, wie man am besten debattieren, d.h. Kommunikation betreiben kann. Geeignete Verfahren sollen sicher stellen, dass man strukturiert „auf Augenhöhe“ kommunizieren kann. Auch in dieser Kategorie sind die Theologinnen und Theologen unseren Beobachtungen nach vorherrschende Akteure. Indem sie Verfahrensfragen aufgreifen und diskutieren, verhalten sie sich

Theologen in den beiden Beispielen sind also zwei unterschiedliche. Daher sind die hier getroffenen Aussagen auch unterschiedlichen Kategorien zugeordnet.

[7] Vgl. Inthorn in diesem Band, insbesondere Punkt 6.4.

kommunikationsfördernd und bringen somit den ethischen Diskurs in den Klinischen Ethik-Komitees voran.

2.2 „Explizit-theologische" Stellungnahmen

In der Form, wie ich „explizit-theologische" Stellungnahmen oben gedeutet habe, nämlich als Aussagen mit einem allgemeinen Bezug zur Theologie oder christlichen Religion oder als Stellungnahmen, die im spezifischeren Berufskontext der einzelnen Theologinnen und Theologen verankert sind, sind sie zwar nicht häufig zu finden, dennoch sind sie vorhanden. Für einen schematischen Überblick seien sie wie zuvor die „nicht ‚explizit-theologischen' Stellungnahmen" in einige Unterkategorien gegliedert, die vorweg kurz charakterisiert werden sollen: *Theologisch-ethische Argumentation* (a) kommt u.a. in einer Fallbesprechung zu tragen, in der ein spezifisch christlich-ethischer Standpunkt, der z.B. auf dem christlichen Bild des Menschen als Ebenbild Gottes beruht, verdeutlicht werden soll. *Biblische Semantik* (b) verweist auf einen sicheren und selbstverständlichen Umgang mit der Bibel, durch den auch alltägliche, von anderen zunächst nur säkular wahrgenommene Situationen in der Gegenwart mit biblischen Denkkategorien gedeutet werden. Die biblische Semantik hebt die Theologinnen oder den Theologen so als Pfarrerinnen bzw. Pfarrer hervor, deren Berufsalltag in der Regel vom Umgang mit der Bibel mitbestimmt ist. Fragen bezüglich bestimmter *kirchlicher Positionen* (c) z.B. in Bezug auf medizinethische Probleme wie Abtreibung oder Sterbehilfe werden häufig Theologinnen und Theologen als Vertreterinnen bzw. Vertreter der Institution Kirche gestellt. Diese können beispielsweise einzelne kirchliche Positionen referieren oder argumentativ in die Diskussion einbringen. Speziell *poimenische Stellungnahmen* (d) sind aufgrund der beruflichen Spezifikation meist bei den Klinikseelsorgern zu finden. In wenigen Situationen stellen einige Theologinnen und Theologen schließlich auch ihre *wissenschaftlich-theologische Expertise* (e) in den Vordergrund.

a) „Theologisch-ethische" Argumentation:

Bsp.: Bei der Fallbesprechung um die Frage nach der medizinisch indizierten Abtreibung des Embryos mit Anenzephalie (s.o.) argumentiert die ev. Pastorin Gantenbein folgendermaßen:

Zunächst macht sie eine doppelte Perspektive auf. Zum einen lenkt sie den Blick auf die Mutter. Eine Traumatisierung oder körperliche Gefährdung der Frau sei in jedem Falle zu verhindern. Da sehe sie keine ethisch-theologischen Bedenken. Zum anderen sei auch das ungeborene Kind als „Geschöpf Gottes" zu begreifen. Wichtig sei ihr daher, das Paar zum Austragen des Kindes zu ermutigen und abzuwarten, bis der natürliche Tod eintritt. So könnten die Eltern „das Sterben erleben". Gantenbein hält dies für eine ganz wichtige und für viele Menschen hilfreiche Erfahrung.

> Insgesamt, so ihre Beurteilung, sei aber die medizinische Indikation in dem verhandelten Fall so eindeutig, dass auch theologischerseits keine Bedenken gegen die Entscheidung für eine Abtreibung geltend zu machen sind. (T-HT-13, 195-206.)

Gantenbein argumentiert hier in zwei Richtungen. Dabei betrachtet sie sowohl die Perspektive des Kindes als auch die der Mutter. Auf der Ebene der Mutter führt sie Gründe für die Abtreibung an, nämlich sowohl die medizinische Indikation als auch das Wohl der Patientin, die vor einem Trauma zu schützen sei. Zum anderen findet sie aber auf der Ebene des Kindes auch Gründe gegen die Abtreibung, nämlich indem sie dem Kind durch die Zuschreibung der Geschöpflichkeit Gottes einen eigenständiges Recht auf Leben gewähren möchte und ihm dies durch die Abtreibung verwehrt würde. Beide Richtungen kann sie nach ihrem Verständnis *theologisch* begründen. Es geht ihr vermutlich weniger um eine eindeutige Position für oder gegen die Entscheidung einer Abtreibung als vielmehr darum, ihre Expertise als theologische Ethikerin herauszustellen. Sie bildet damit eine weitere Perspektive des Falls, nämlich eine theologische, ab. Insgesamt hilft sie damit dem Klinischen Ethik-Komitee – auch gerade in ihrer ambivalenten Darstellung des Falls – sich der Vielschichtigkeit dieses ethischen Problems bewusst zu werden. Und das ist genau ein Ziel des ethischen Diskurses des Klinischen Ethik-Komitee: Eine eindeutige Lösung des Falls ist weder in Gantenbeins Argumentation, noch im Gesamtdiskurs des Klinischen Ethik-Komitees möglich. Was aber möglich ist, ist das ethische Problem aus verschiedenen Perspektiven zu beleuchten und es so von einem neuen Standpunkt aus wahrnehmen zu können.

Die einzelnen Perspektiven werden dabei nicht weiter hinterfragt. So auch in dem obigen Beispiel: Niemand reagiert direkt auf Gantenbeins Diskussionsbeitrag oder greift ihn später auf.

b) Biblische Semantik wird in einem Fall von Peter Löwe (ev. Klinikseelsorger) verwendet**:**

> Die Mitglieder des Ethik-Komitees verhandeln gerade darüber, ob der Faktor ‚Wirtschaftlichkeit' aus der Präambel zu ethischen Entscheidungen herausgenommen werden soll oder nicht. Eigentlich herrscht Konsens darüber, dass er eliminiert werden soll. Dennoch ist man sich auch im Klaren darüber, dass er faktisch bei jeder konkreten Entscheidung mitbestimmend ist. So stellt Löwe zusammenfassend fest, dass es ganz klar einen finanziellen Rahmen für *jedes* Handeln gibt, in dem man sich bewegen muss. Er weist darauf hin, dass dies schon in der Bibel der Fall sei, man müsse sich nur das Gleichnis vom barmherzigen Samariter ansehen. (T-EH-5, 125-127).

Löwe führt hier das Gleichnis vom barmherzigen Samariter ohne weitere Explikationen an. Entweder setzt er voraus, dass alle Anwesenden die Geschichte kennen und wissen, wovon er spricht, oder ihm ist die religiöse Argumentation letztlich doch nicht so wichtig. Eine direkte Reaktion auf seinen Einwurf gibt es

jedenfalls nicht. Löwes Bemerkung kennzeichnet ihn also in gewisser Weise als einen Bibelexperten, was zu seinem Beruf gehört, und deshalb in der allgemeinen Perspektivenpluralität im Klinischen Ethik-Komitee unhinterfragt akzeptiert wird, sie fördert jedoch nicht den ethischen Diskurs im Klinischen Ethik-Komitee.

c) Stellungnahmen mit Bezug zur Expertise als **„Kirchenvertreter“**

Die Expertise als Vertreter der Institution Kirche wird zum Beispiel an dem katholischen Klinikseelsorger Hans Horn gut sichtbar, wie entsprechende Sequenzen aus den Beobachtungsprotokollen zeigen:

> Zu Beginn der Sitzung wird der aktuelle Stand der Präsentation des klinischen Ethik-Komitees im Intranet des Krankenhauses vorgestellt. Im Anschluss daran wird angeregt, Vorschläge des Pflegeverbandes und der Bundesärztekammer zu einer Pflegeethik auf die Seite zu stellen. In diesem Zusammenhang betont Dr. Linger (Arzt und Sprecher des Ethik-Komitees), dass er es auch interessant fände, z.B. die unterschiedlichen kirchlich-religiösen Wertvorstellungen dort vorzustellen. Diese seien durchaus für die Diskussionen in Fallbesprechungen von Relevanz. Als Beispiel nennt er die „negative Haltung der katholischen Kirche zur passiven Sterbehilfe“. Um abzusichern, nichts Falsches gesagt zu haben, möchte er sich bei Hans Horn vergewissern. Der jedoch erhebt Einspruch: Das stimme so nicht. Die katholische Kirche sei die allererste Instanz gewesen, die passive Sterbehilfe erlaubt habe. (T-WG-14, 80-82)

Horn wird hier dezidiert als Experte für die Position der katholischen Kirche zum Thema passive Sterbehilfe angesprochen. Er erfüllt diese Rolle kompetent, indem er die falsche Annahme Lingers richtig stellt. An dieser Stelle wird er also als Experte für ein bestimmtes Fachwissen angesprochen und seine Antwort wird als entsprechende Information für alle gewertet. Die kirchlich-religiöse Wertvorstellung der katholischen Kirche zum Thema passive Sterbehilfe ist durch Horn klargestellt. Damit ist dieser kleine Exkurs im Diskurs anscheinend zufriedenstellend beantwortet und abgeschlossen – Nachfragen gibt es keine.

d) Seelsorgerliche Stellungnahmen

Während Klaus Kamm vorwiegend auf einer formalen Ebene agiert, rückt bei seinem katholischen Kollegen Hans Horn ein professionsspezifischeres Argumentieren in den Vordergrund. Er versteht sich selbst als Seelsorger und verdeutlicht seine Expertise in diesem Bereich immer wieder mit kleinen Einwürfen, wie man an folgenden kurzen Protokoll-Ausschnitten und Zitaten sehen kann:[8]

---

[8] An Horn wird hier diese Art von theologischer Stellungnahme durch einen Klinikseelsorger exemplifiziert. Auch in anderen Klinischen Ethik-Komitees ist sie vorhanden.

Bsp.1: Horn: „Der Patient braucht seelsorgerische und psychologische Unterstützung im Umgang mit Ängsten“ (T-WG-5, 168f.).

Bsp.2: Horn merkt an, dass für den Patienten als Laien viel als Bedrängung empfunden werden kann, was von ärztlicher Seite nicht so gemeint ist. (T-WG-5, 214)

An zwei Stellen gibt Horn sogar einen direkten Einblick in sein Selbstverständnis als Seelsorger:

Bsp. 3: Horn: „Ich bin jetzt 30 Jahre hier. Solche Krisensituationen sind ganz normal, die kommen immer wieder vor. Ich erinnere mich an eine Frau mit einer Todgeburt. Die Frau war Ausländerin und niemand konnte ihre Sprache sprechen. Damals sind wir als Seelsorger geholt worden und haben geholfen. Eigentlich sollte unsere Tätigkeit bekannter sein. Das ist doch, was Seelsorge ist – seelische Hilfe!“ (T-WG-8, 325-329)

Bsp. 4: Im Rahmen eines Ethik-Cafés tritt Horn an das Rednerpult um „Werbung für die Seelsorger“ zu machen. Er meint: „Wir Seelsorger verstehen uns als dem *ganzen Menschen* zugewandt.“ Dies bedeute, dass Seelsorger mitempfinden, zuhören und einfühlsam sein müssen. Außerdem ginge es in der Seelsorge darum, gemeinsam mit den Patienten Hilfestellungen zu erarbeiten. Eine weitere Eigenschaft der Seelsorger sei weiterhin die Erreichbarkeit in einer Krise rund um die Uhr.

Das Ansprechen von Religion in einem seelsorgerlichen Gespräch spielt für Horn zunächst nur eine untergeordnete Rolle:

Bsp. 5: Horn konstatiert: „Es kommt uns nicht in den Sinn, gleich nach Religion zu fragen – wenn das Thema allerdings von Patienten angesprochen wird, dann reagieren wir natürlich darauf.“ (T-WG-17, 123-130)

Horn drückt in diesen Beispielen im Prinzip Ähnliches aus, was schon in den Beispielen von Gantenbein und Löwe unter dem Punkt „mitfühlende Patientensicht“ anklang. Er interessiert sich für den Patienten als „*ganzen Menschen*“ und nicht nur partiell z.B. für die spezielle Krankheit des Patienten („Patient als Fall“). Sein poimenischer Zugang zu den Fällen, die ihm im Krankenhaus und auch im Klinischen Ethik-Komitee begegnen, ist auf mehreren Ebenen zu finden: Es geht ihm erstens darum mitzuteilen, wie er allgemein seinen Beruf versteht und warum er es für wichtig hält, als Klinikseelsorger in bestimmten Situationen miteinbezogen zu werden. Zweitens geht es ihm um die *ganzheitliche* Betreuung der Patienten, wofür er sich als Seelsorger zuständig sieht und drittens geht er auf den Aspekt ein, inwieweit Religion in seelsorgerlichen Gesprächen eine Rolle spielen sollte.

Diese Stellungnahmen begründet er aber nicht mit Bezug auf einen individuell persönlichen Ethos, sondern er spricht dezidiert aus der Perspektive eines Klinikseelsorgers. Er argumentiert also aus seiner Profession heraus und stellt seine Wertevorstellungen so unter das Dach seiner Berufssparte. So kann er im

Rahmen der allgemeinen interdisziplinären Pluralität des Klinischen Ethik-Komitees die Wertevorstellungen und Wahrnehmungsperspektiven seiner Berufsgruppe einbringen und fördert dadurch den „ethischen" Diskurs des Gremiums.

e) Wissenschaftlich-theologische Expertise

Als letztes finden sich Stellungnahmen von Theologinnen und Theologen, die dadurch vergleichbar sind, dass sie jeweils einen Bezug zu wissenschaftlichen Aussagen herstellen. Sie sollen hier in drei Beispielen beleuchtet werden.
Zunächst ist eine Stelle zu nennen, an der Hans Horn seinen theologisch-philosophischen Bildungshorizont exponiert:

> Bsp.1: Es findet eine große Debatte um die Ziele und Leitlinien des Klinischen Ethik-Komitees statt. Dabei ist u.a. auch die Frage, ob und wenn ja in welcher Form den Mitgliedern des Komitees Bildung im Bereich der akademischen Ethik zuteil werden muss, um die Voten in ethischen Fallbesprechungen besser begründen zu können. Horn „phantasiert" hierbei schon einmal vor sich hin, was man dazu gemeinsam lesen müsste: „Humanistische Ethik, wie sie zur Zeit gerade en vogue ist; allgemeine Grundsätze, die auf Kant zurückgehen..." (T-WG-19, 124-127).

Horn lässt durchscheinen, dass er sich selber durchaus wissenschaftlich mit Ethik auseinandersetzen kann und dass die daraus gewonnenen Erkenntnisse zu einer ethischen Urteilsbildung bei Fallbesprechungen nützlich sein könnten. Er konkretisiert ansatzweise den Vorschlag, wie man die Mitglieder des Komitees im Bereich der akademischen Ethik weiterbilden könnte. Dieser Schritt wird allerdings von den übrigen Mitgliedern ignoriert und so bleibt die anfangs geäußerte, sehr allgemein gehaltene Forderung nach ethischer Weiterbildung letztlich nicht weiter ausgeführt im Raum stehen.

Ein zweites Beispiel für eine wissenschaftliche Herangehensweise an einen Fall liefert sein Kollege Klaus Kamm. Er versucht einmal, aus einem *akademischen Ethikverständnis* heraus einen Fall *„ethisch neutral"* anzugehen:

> Bsp. 2: Folgender Fall wird im Klinischen Ethik-Komitee besprochen:
>
> Ein herzkranker Patient lag auf der Intensivstation. Nachdem sich sein Gesundheitszustand kurzzeitig zu bessern schien, erlitt er erneut einen Herzinfarkt. Daraufhin bat die Tochter des Patienten den zuständigen Arzt um eine Verlegung des Patienten ins Herzzentrum. Dort sei er früher auch schon behandelt worden. Die Verlegung würde auch dem Wunsch des Vaters entsprechen. Der Arzt entgegnete ihr hierauf, dass er nicht glaube, dass seine Kollegen im Herzzentrum ihrem Vater besser helfen könnten als die Ärzte vor Ort und verweist auf die derzeitige optimale Versorgung. Außerdem fügte er hinzu, dass der Patient zu diesem Zeitpunkt nicht transportfähig sei. Die Familie des Patienten wandte sich daraufhin an die Patientenfürsprecherin, die nun den Fall dem Klinischen Ethik-Komitee

vorstellt. Nach dem Gespräch mit ihr trugen die Angehörigen dem Arzt erneut ihren Wunsch nach einer Verlegung vor. Dieser jedoch blieb bei seiner ablehnenden Haltung. Nach kurzer Zeit verstarb der Patient auf Station in Wiesengrund.

Nach dem Ableben des Patienten hat der zuständige Arzt laut Aussage der Angehörigen nur gefragt, ob der Patient zur Obduktion freigegeben werde. Die Familie habe dies abgelehnt, und sich bei der Patientenfürsprecherin über fehlendes Mitleid seitens des Arztes beklagt und Akteneinsicht beantragt.

Nachdem Frau Mann den Fall vorgelesen hat, herrscht zunächst Stille im Raum, bis Klaus Kamm sich der Fallbesprechung mit der Frage annähern möchte: „*Welche Wertevorstellungen lassen sich daraus ableiten?*“ Niemand weiß so recht, was dazu zu sagen ist. Irgendwann meint Vera Streng [Pflegedienstleiterin]: „Das ist ein Fall, der kann jeden Tag wieder passieren, also dass der Wille von Patienten nicht ernst genommen wird. Andere Ärzte werden nicht mit einbezogen. Das ist etwas, was ich mehrfach erlebt habe.“ Eine andere Teilnehmerin der Gesprächsrunde meint, dass die Transportfähigkeit des Patienten durchaus eine Rolle für das Entscheidungsverhalten der Ärzte gespielt haben könne. Klaus Kamm meint erneut, man müsse doch über die *Wertvorstellungen der am Fall Beteiligten* sprechen. Doch auch dieses Mal geht niemand auf seinen Vorschlag ein. Stattdessen knüpft Dr. Linger wieder an der Beurteilung der konkreten Handlungsweise des Arztes an. Er sagt, dass er die medizinische Perspektive in diesem Fall klarstellen möchte. Zunächst einmal müsse man sich verdeutlichen, was es an medizinischen Notwendigkeiten gäbe, völlig frei von ethischen Fakten. Die Diagnose sei zunächst klar gewesen: Es ist ein Herzinfarkt. Dann gehe es um die Transportfähigkeit des Patienten: Erfolgte die Ablehnung des Transports aus narzisstischer Kränkung oder aus medizinischen Gründen?

Die Diskussion verläuft in ähnlicher Weise weiter, zu einem Votum kommt man am Ende dieser Sitzung nicht. (T-WG-12, 331; 340).

Anstatt zunächst Kamms Frage zu beantworten und die offensichtlich verschiedenen Wertevorstellungen, die in dem vorgetragenen Fall aufeinander treffen, neutral zu beschreiben, fällt der Pflegedienstleiterin Streng sofort auf, dass der Wert Patientenautonomie, über den im Ethik-Komitee normalerweise Konsens herrscht, seitens des Arztes nicht berücksichtigt wird. Im Handeln des Arztes ist die Anerkennung des (mutmaßlichen) Patientenwillens nicht zu erkennen. Diese Feststellung scheint anschlussfähiger zu sein als das Vorgehen, das Kamm angedacht hatte, denn gleich darauf wird ein Interpretationsversuch über die Gründe für das Handeln des Arztes unternommen. Wie der Verlauf der Diskussion nach dem erneuten Versuch Kamms, den Fall aus einer theoretischen Distanz zu betrachten, zeigt, scheint das Gremium sich nur auf einer Ebene bewegen zu können, die das konkret erfolgte Handeln retrospektiv beschreibt und bewertend deutet. Wie dieses Beispiel klar illustriert, laufen die Beiträge recht professionsspezifisch ab.

Obwohl Kamm also im strengen Sinn mithilfe einer theoretischen Herangehensweise den Diskurs nicht steuern kann, initiiert er mit seiner Frage – wenn auch erst zögerlich – die Diskussion. Seine Frage wird zunächst von der theoretischen Ebene in eine Gestalt transformiert, in der inhaltlich und professionsspezifisch über Werte gesprochen wird. Letztlich aber unterhält man sich – wenn auch von unten und nicht von oben, wie es Kamms ursprüngliche Intention nahe gelegt hat – über verschiedene Werte, die in dem behandelten Fall aufeinander trafen.

Das dritte Beispiel für eine wissenschaftlich-theologische Expertise bezieht sich auf den Theologieprofessor Tassilo Koch. Erwartungsgemäß nimmt er eine Sonderrolle unter den Theologen in den Klinischen Ethik-Komitees ein, denn er ist der einzige Theologieprofessor in den vier Klinischen Ethik-Komitees und setzt sich daher schon allein von Berufswegen aus einer theologischen Perspektive wissenschaftlich mit Ethik auseinander. Dies verbirgt er in den Diskussionen nicht– seine wissenschaftlichen Kenntnisse und Vorgehensweisen stehen stets im Vordergrund:

> Bsp. 3: In einer Sitzung hält Koch einen Kurzvortrag über „ethische Grundbegriffe“ (T-HB-25). Dabei geht er auch auf die Frage ein „Was ist christliche Gerechtigkeit?“ Pfarrer Possner kann hier eine Antwort geben, die den von Koch nachgelieferten Fachbegriff „Suum cuique - Jedem das Seine“ umschreibt. Das restliche Gremium zeigt kein großes Interesse an dem Vortrag und lenkt sich mit kleineren Nebentätigkeiten ab.

An allen drei hier genannten Beispielen, die sich durch einen Bezug zur akademischen Ethik auszeichnen, wird deutlich: Ein „professioneller“ Ethiker als solcher[9] findet in den Klinischen Ethik-Komitees keinen rechten Platz. Dies lässt sich erklären: In den Klinischen Ethik-Komitees geht es primär darum, über den Handlungsspielraum in bestimmten ethischen Problemfällen nachzudenken und damit entweder rückwirkend bereits vollzogenes Handeln zu beurteilen oder zukunftsweisend Handlungsrichtlinien zu bestimmen. Zunächst muss dafür der äußere Rahmen des Handlungs- und Entscheidungsspielraums abgesteckt werden: Der Jurist beantwortet als Experte die Frage „Wie *darf* ich handeln?“ und der Mediziner die Frage „Wie *kann* ich handeln?“. Dieser Rahmen ist eine notwendige Grundlage für eine Diskussion über die Frage „Wie *soll* ich handeln?“[10], für die theoretisch ein professioneller „Ethiker“ zuständig ist. Letztlich soll dieser Frage aber im Klinischen Ethik-Komitee durch die Perspektivenvielfalt von allen Anwesenden nachgegangen werden und zwar immer von dem Konsens aus, die Patientenautonomie hochzuhalten. Man braucht also im Prinzip keinen ausgewiesenen Ethik-Experten dafür. Der Theologe, auch wenn er sich dezidiert

[9] Hierbei sind theologische und philosophische Ethiker gemeint.

[10] Dass diese Frage in keinem Fall bei unseren teilnehmenden Beobachtungen so direkt gestellt bzw. „ethisch“ diskutiert wurde, sei dahingestellt. Es geht hier um das Potenzial, was vorliegt.

als Ethiker versteht, hat hier also keine ausdrücklich professionsspezifische Funktion. Seine professionsgemäße, d.h. theologische, religiöse oder ethische Argumentation hat in diesem System keinen Platz. Um den Rahmen für den möglichen Handlungsspielraum abzugrenzen, wird sie nicht benötigt und innerhalb der Frage „Wie soll ich handeln?“ drückt sie eine Perspektive neben vielen anderen aus, die aber nicht weiter zu einer moralischen Meinungsbildung oder ethischen Urteilsfindung in einen größeren Kontext zusammengebunden werden.

3. Zwischenbilanz

Der Befund zeigt, dass Theologinnen und Theologen sowohl explizit-theologische, als auch nicht explizit-theologische Semantik in den Diskussionen der Klinischen Ethik-Komitees benutzen.

Die Rückgriffe auf explizit-theologische, biblische oder religiöse Sprachspiele und Denkfiguren bleiben dabei allerdings eine Seltenheit. Direkte Reaktionen der anderen Diskussionsteilnehmer auf diese Art von Stellungnahmen sind in der Regel nicht wahrzunehmen – es wird auf sie nicht weiter eingegangen, sie werden nicht aufgegriffen und auch nicht kommentiert. Die Äußerungen erscheinen als eine Sichtweise des „ethischen“ Problems neben anderen, die zwar ihren Platz hat, aber nicht weiter verfolgt werden muss. Es bleibt aber festzuhalten, dass – wenn auch nicht häufig – prinzipiell theologische Semantik aus verschiedenen möglichen Bereichen zu finden ist. Daraus ist zu schließen, dass Theologinnen und Theologen durchaus theologisch argumentieren *können*, sie aber anscheinend ihre wesentlichen Aufgaben auf einer anderen Ebene sehen und deshalb auch ihre Interaktionen dort forcieren. Diese Ebene drückt sich in der häufig verwendeten nicht explizit-theologischen Semantik aus.

Wie schon in den kurzen Zwischenkommentaren angedeutet wurde, werden die formal strukturierenden sprachlichen Elemente der Theologinnen und Theologen oftmals praktisch umgesetzt: Jemand schreibt beispielsweise das Protokoll nach Kamms Anfrage oder das Gremium bemüht sich, sich zu melden und nicht durcheinander zu reden, nachdem Kamm an diese Regel aus der Geschäftsordnung erinnert. Gerade das letzte Beispiel zeigt, dass die nicht explizit-theologischen Stellungnahmen der Theologinnen und Theologen den Kommunikationsprozess innerhalb der Klinischen Ethik-Komitees fördern, z.B. indem sie sicher stellen, dass alle Mitglieder gleichermaßen am Gespräch teilhaben können. Auch die Kategorie des „Nichtexperteseins“ fügt sich in dieses Schema ein. Die Kommunikation wird durch die genannten Beispiele dadurch gefördert, dass ein gleicher Wissensstand für alle Beteiligten ermöglicht wird, auf dem dann aufbauend diskutiert werden kann.

Die Theologinnen und Theologen agieren also völlig konform zu dem Ethikverständnis der Klinischen Ethik-Komitees im Sinne einer vereinfachten Form eines diskursethischen Prinzips, wie es Julia Inthorn herausgearbeitet hat. Einerseits dürfen sie explizit-theologische Stellungnahmen als eine „Expertenmeinung", die zunächst unverbunden im Raum stehen bleibt, einbringen und unterstützen somit die erwünschte interdisziplinäre Perspektivenvielfalt. Andererseits halten sie mit ihren nicht explizit-theologischen Stellungnahmen den Kommunikationsprozess am Laufen und öffnen allen Anwesenden zugleich einen Raum, am Kommunikationsprozess teilzunehmen.

Die Frage, die sich aus diesen Beobachtungen ableitet, ist nun, inwiefern in dem nicht explizit-theologischen Agieren der Theologinnen und Theologen eine funktionale Kompetenz vorhanden ist, die doch zumindest *implizit* als eine spezifisch theologische Kompetenz gedeutet werden könnte.

Oder anders gefragt: Könnten auch Mitglieder des Klinischen Ethik-Komitees aus anderen Berufsfeldern dieselbe Funktion erfüllen, die die Theologinnen und Theologen mithilfe der nicht explizit-theologischen Semantik wahrnehmen?

Diesen Fragen soll im Folgenden nachgegangen werden. Dabei wird ein Deutungsversuch des Agierens der Theologen auf dem Verständnis von Religion von Niklas Luhmann vorgestellt, die gefundenen empirischen Muster darin eingeordnet und hinsichtlich der obigen Frage bewertet.

4. Funktionale „theologische" Kompetenz

Im Zuge der Ausdifferenzierung bestimmter Funktionssysteme in unserer Gesellschaft bildete sich auch die Religion als ein solches Funktionssystem aus. Niklas Luhmanns Theorie zufolge bilden die einzelnen Funktionssysteme v.a. Kommunikationssysteme ab. Die Kommunikation erfolgt in einem bestimmten „Code", der jedem Funktionssystem zu eigen ist. Den „Code der Religion" sieht Luhmann prinzipiell in der Unterscheidung zwischen Transzendenz und Immanenz. Den Transzendenzbegriff beschreibt er dabei zunächst rein funktional als „nichts auslassende Zweitfassung der Welt"[11]. Transzendenz hat ihren Bezugspunkt außerhalb der Welt, sie „behandelt die Welt so, als ob sie von außen gesehen werden könnte."[12] Hierbei entsteht zunächst eine Paradoxie, denn Transzendenz kann von uns nur weltimmanent erfahren werden. Diese Paradoxie wird aber durch die Religion selbst wieder aufgehoben, indem sie Transzendenz eben gerade nicht „als eine andere Welt oder Region der Welt in unerreichbaren

[11] Luhmann, Niklas (^{3}1990): Ökologische Kommunikation. Kann die moderne Gesellschaft sich auf ökologische Gefährdungen einstellen?, Opladen, 186.

[12] Luhmann, Niklas (1989): Die Ausdifferenzierung der Religion, in: Ders.: Gesellschaftsstruktur und Semantik. Studien zur Wissenssoziologie der modernen Gesellschaft Bd. 3, Frankfurt a. M., 259-357, hier 313.

Höhen und Tiefen“[13], sondern als einen Bereich vollkommen außerhalb dieser Welt, aber dennoch nur in und mit dieser Welt erreichbar denkt. Nur diese Einheit der Differenz macht die Unterscheidung von Transzendenz und Immanenz zum „Code der Religion“, so Luhmann.[14]

Theologische Kommunikation im System Religion schließt an die Unterscheidung von Transzendenz und Immanenz an. Bezüglich der Kommunikation von Theologinnen und Theologen kann angenommen werden, dass sie im Funktionssystem Religion eine besondere Rolle spielt, u.a. weil Theologinnen und Theologen dafür ausgebildet sind, Religion zu kommunizieren, und sich im Code von der Einheit der Differenz von Transzendenz und Immanenz auszudrücken. Die Kommunikation von Theologen weckt damit die Erwartung einer Repräsentanz von „Transzendenz“. Diese These rückt von Luhmanns Systemtheorie insofern ab, als es hier um die Rückbindung an Personen geht. Geht man nämlich einen Schritt über Luhmann hinaus und betrachtet Theologinnen und Theologen als Akteure, so können sie nicht nur als Repräsentanten eines bestimmten Codes verstanden werden - sie leben nicht nur in einem Raum, in dem Transzendieren möglich ist, sondern sie ermöglichen auch Außenstehenden, an dieser Welt teilzuhaben.[15] Hinzu kommt, dass sie Teil der Institution Kirche sind und diese als Symbol für den Transzendenzbezug gilt. Über die Institution haftet den Theologinnen und Theologen also zusätzlich ein Transzendenzbezug an, dessen sie sich nicht entziehen können.

Was bedeuten diese Beobachtungen aber nun konkret für das Agieren der Theologinnen und Theologen in den Klinischen Ethik-Komitees?

Zuerst muss der Transzendenzbegriff im Kontext der Klinischen Ethik-Komitees interpretiert werden. Dafür beziehe ich mich noch einmal auf Luhmanns Definition und möchte ihn auch in diesem Kontext erst einmal rein funktional fassen: Transzendieren im Klinischen Ethik-Komitee bedeutet eine „Außenperspektive“ einzunehmen, d.h. eine „Zweitfassung“ desselben herzustellen. Transzendenz beschreibt den Bereich, der außerhalb der krankenhaushierarchischen Eigenlogik liegt, die im Klinischen Ethik-Komitee abgebildet wird[16] und bindet ihn gleichsam zurück auf die Handlungsebene des Komitees. Das Einnehmen einer Außenperspektive wäre also der Ausdruck dafür, sich argumentativ als Außen und damit als Umwelt des Krankenhauses wahrzunehmen.

[13] Luhmann (1990), 186.

[14] Vgl. Luhmann (1990), 186.

[15] Dieses Teilhaben lassen beschreibt Isolde Karle als notwendige Aufgabe der Vertreter einer Profession, die einem Funktionssystem vorsteht. Vgl. Karle, Isolde (2001): Der Pfarrberuf als Profession. Eine Berufstheorie im Kontext der modernen Gesellschaft, PThK 3, Gütersloh, 31-43, besonders 40-42.

[16] Zu dieser Abbildung vgl. Ley, Friedrich: Ethik und Organisation. Soziologische und theologische Perspektiven auf die Praxis Klinischer Ethik-Komitees, in diesem Band.

Eine solche Außenperspektive kann folglich gerade durch Kommunikationsformen innerhalb des Klinischen Ethik-Komitees bewirkt werden, die nicht durch die Codes des medizinischen oder pflegerischen Systems geprägt sind, d.h. dies kann vornehmlich von der Kommunikation der Patientenfürsprecherinnen und der Theologinnen und Theologen erwartet werden, die quasi als Kommunikations-Katalysatoren fungieren. Nun könnte man einwenden, dass eine Klinikseelsorgerin auch in die Krankenhausstruktur eingebunden ist und sich deshalb im Klinischen Ethik-Komitee genauso wie der Arzt oder die Krankenschwester in dem abgebildeten System wiederfinden muss. Hier kommt aber wieder die Besonderheit der Repräsentanz des Amtes ins Spiel, worin sie sich auch gleichzeitig noch einmal von den Patientenfürsprecherinnen unterscheidet.[17] Klinikseelsorger sind wie die meisten Theologinnen und Theologen in den beforschten Ethik-Komitees qua Amt Vertreterinnen und Vertreter der Kirche und bewegen sich allein deshalb in einem Raum zwischen Immanenz und Transzendenz (freilich hier mit religiösem Bezug).

Da die Theologinnen und Theologen also durch das von ihrer Person vertretene Amt einen Bezug zu einem transzendenten Bereich repräsentieren, könnte allein durch ihre Präsenz eine Möglichkeit geschaffen sein, diesen Transzendenzbezug in die Diskussionen der Klinischen Ethik-Komitees einzubringen und so eine neue Perspektive zu schaffen, die die Eigenlogik des Gremiums zu durchbrechen vermag.

Nun stellt sich die Frage, wie sie das Potential zu einer Transzendierung praktisch umsetzten. Man könnte annehmen, dass sie es mit Hilfe religiöser Semantik versuchen, die ihrerseits dadurch gekennzeichnet ist, dass sie zu einer neuen Wahrnehmung der Wirklichkeit verhilft, und so ein Transzendierungsmoment schafft.[18] Innerhalb eines Klinischen Ethik-Komitees, einem mehrgliedrigen Kommunikationsforum, scheint religiöse Sprache diese Funktion allerdings nicht mehr erfüllen zu können: Wie nämlich unsere Beobachtungen zeigen, verwenden die Theologinnen und Theologen nur äußerst selten religiöse Semantik und wenn sie es tun, wirkt sie nicht kommunikationsfördernd und bleibt meist unverbunden im Raum stehen. Eine mögliche Folgerung daraus wäre die These, dass religiöse Argumentation nicht anschlussfähig ist. Dies könnte damit zusammenhängen, dass sie nicht diskutierbar erscheint – z.B. weil sie sich wesensimmanent auf ein Absolutes bezieht, und sich darüber nicht diskutieren lässt. Eine solche Argumentation hätte vermutlich einen bekenntnisartigen Charakter und führt die

[17] Edzard Everts führt in seinem Aufsatz „Klinische Ethik-Komitees und Krankenhausseelsorge. Die Grenzen der Medizin und die Funktion des Krankenhausseelsorgers" noch andere Argumente an, warum die Seelsorge einen Fremdenstatus innerhalb der Institution Krankenhaus innehat. Vgl. Everts, Edzard (2006): Klinische Ethik-Komitees und Krankenhausseelsorge. Die Grenzen der Medizin und die Funktion des Krankenhausseelsorgers, in: WzM 58, 345-357, hier 350f.

[18] Vgl. Karle, Isolde (1996): Seelsorge in der Moderne. Eine Kritik der psychoanalytisch orientierten Seelsorgelehre, Neukirchen-Vluyn, 214.

Diskussion deshalb nicht weiter. Daher kann man sie als nicht anschluss- bzw. diskussionsfähig bezeichnen. An die Stelle von religiöser Semantik scheinen vornehmlich ethische Äußerungen zu treten. Diese bewegen sich nicht im Rahmen des „Absoluten“ und „Letzten“, sondern nur im Bereich des „Vorletzten“. Hier können verschiedene Positionen aufeinander treffen und diskutiert werden.

Um auf die Ausgangsfrage zurückzukommen, stellt sich immer noch die Frage, wie ein Theologe das in seiner Person und in seinem Amt liegende Potential zum „Transzendieren“ zum Ausdruck bringen kann, wenn nicht auf einer semantisch-religiösen Ebene? Rufen wir uns doch noch einmal in Erinnerung, auf welcher Ebene die Theologinnen und Theologen in den Klinischen Ethik-Komitees unseren Beobachtungen nach faktisch agieren. Primär handeln sie auf einer funktionalen Ebene und verwenden daher auch funktionale Sprache. Die Einsicht, dass bestimmte „Verfahren“ für den ethischen Diskurs nötig sind, teilen alle vier Ethik-Komitees. Auch sind sie sich einig darüber, dass die Strukturierung der Diskussionen wichtig für den Kommunikationsprozess ist. Wie oben an einigen Beispielen gezeigt wurde, scheint z.B. in der Praxis des Klinischen Ethik-Komitees Wiesengrund vor allem der ev. Klinikseelsorger Klaus Kamm für die Aufrechterhaltung des oder der Verfahren zuständig zu sein.[19] Durch seine ständige Beharrlichkeit auf Regeln und Formalia hebt er die inhaltlich verstrickten und durcheinander laufenden Diskussionen immer wieder auf eine Metaebene hinauf, die strukturierende Wirkung hat. Der Bezugs- und Beobachtungspunkt innerhalb der Diskussionen wird schließlich durch sein Interagieren von innen nach außen verlegt. Sobald dieser Punkt aber außerhalb der Diskussion liegt, wird ein transzendierendes Moment geschaffen. Klaus Kamm bewirkt also mit seinem Agieren auf einer funktionalen Ebene mit funktionaler Semantik eine funktionale Transzendenzierung des Diskurses.

Wenn wir den Transzendenzbegriff im Klinischen Ethik-Komitee funktional und recht weit als „Zweitfassung des Klinischen Ethik-Komitees“ beschreiben und ihn als etwas denken, das dieses Gremium von innen heraus so behandelt, als ob es von außen gesehen werden könnte, dann kann eine Möglichkeit zum Transzendieren als eine zentrale Kommunikationsform des Klinischen Ethik-Komitees auch durch Nicht-Theologen geschaffen werden.[20] Nun stellt sich die Frage, warum es dennoch so scheint, als ob bestimmte Berufsgruppen, d.h. in diesem Fall die Theologinnen und Theologen für diese Art der Kommunikation

[19] In Endheim übernimmt der ev. Klinikseelsorger und KEK-Leiter Peter Löwe diese Funktion, in Hochburg am ehesten der Theologieprofessor Tassilo Koch. In Horntal entspricht am meisten das Agieren des katholischen Religionslehrers Werner von Eisenstädt der Rolle von Kamm in Wiesengrund. Leider gibt es nur wenige Belege dafür, da von Eisenstädt häufig bei den beobachteten KEK-Sitzungen abwesend war.

[20] Auch hier entferne ich mich wieder begrifflich von Luhmann, da es mir letztlich um die Frage geht, warum sich bestimmte *Akteure* unterschiedlich gut in den verschiedenen Codes bewegen können.

besonders geeignet wären. Es wurde schließlich festgestellt, dass es auf semantischer Ebene ja gerade nicht um das Einspeisen von Expertenwissen geht. Und – um noch einmal auf die empirischen Beobachtungen einzugehen – in Horntal z.B. übernimmt die organisatorischen und moderatorischen Aufgaben hauptsächlich der Philosoph Grauwald (also kein Theologe). Rein funktional betrachtet steht der Philosoph Grauwald dem Theologen Kamm in keiner Weise nach. Es muss also bei den Theologinnen und Theologen noch ein anderer Faktor von Bedeutung sein, weshalb sie so oft diese Rolle erfolgreich einnehmen können. Meiner Vermutung nach muss dies mit ihrem Amt als Vertreterinnen und Vertreter der Institution Kirche zu tun haben. Denn neben der funktionalen Semantik, die sie verwenden, stellen sie durch ihren Bezug zur Kirche immer auch eine Art symbolische Repräsentanz der Ermöglichung des Transzendierens dar, was den Nicht-Theologinnen und Nicht-Theologen fehlt. Der Bezugspunkt, den die Theologinnen und Theologen in den Kommunikationsprozess der Klinischen Ethik-Komitees einbringen, liegt eine Ebene höher als derjenige der Nicht-Theologinnen und Theologen. Meiner Meinung nach könnte man sogar soweit gehen, mit Luhmann zu sagen, dass der Bezugspunkt der Transzendenz innerhalb des Funktionssystems Religion außerhalb „der Welt" liegt. Er bezieht sich so auf das „Absolute", das nur durch die Religion „weltimmanent" erfahrbar gemacht werden kann.

Wenn dies der Fall ist, liegt dem Agieren der Theologinnen und Theologen nach meinem Dafürhalten ein Transzendierungspotenzial zugrunde, das einen rein funktional gedachten Transzendierungsbegriff übersteigt.

Abschließend kann man also konstatieren: Der Bezug zum Absoluten führt auf semantischer Ebene zu einer Hemmnis des Verfahrens in Klinischen Ethik-Komitees, weil er einen nicht gewollten Bekenntnischarakter mit sich bringt. Gleichzeitig ist er aber auf der funktionellen Ebene für den Transzendierungsprozess des Diskurses ungemein förderlich, weshalb es verständlich ist, dass Theologinnen und Theologen explizit als feste Mitglieder der Klinischen Ethik-Komitees erwünscht sind.

Noch einmal auf Klaus Kamm bezogen gibt es eine dokumentierte Beobachtung, die m.E. diese Zusammenhänge auch von dem empirischen Material her erschließen. Im Befund wurde deutlich, dass sein katholischer Kollege Hans Horn explizit als „Pfarrer" im KEK wahrgenommen wird, er selber hingegen nicht. In den teilnehmenden Beobachtungen tritt er durchaus auffällig als Organisator und als Zuständiger für Formales in Erscheinung. An einer entscheidenden Stelle aber wird er dann doch anders beschrieben:

> Nun dankt Dr. Linger [...] noch *Pfarrer* Kamm, „dem Mann im Hintergrund, der *Seele* des Klinischen Ethik-Komitees". (T-WG-17, 100f.; Hervorhebungen A.L.).

Dieser Ausschnitt legt folgende Deutung nahe: Trotz seines „nicht-explizit-theologischen“ Handelns wird Kamm hier doch für sein Wirken als „Pfarrer“ bzw. mithilfe des kleinen Wortspiel als „Seelsorger“ gedankt. Sein Agieren auf einer funktionalen Ebene wird hier also an sein Amt rückgebunden. So wird Kamm letztlich doch als Pfarrer innerhalb des Klinischen Ethik-Komitees wahrgenommen, obwohl er sich eigentlich - von außen betrachtet - nie explizit-theologisch verhält bzw. seine Expertise nie auf einer semantischen Ebene zum Ausdruck bringt.

5. Fazit

Wie zu beobachten ist, agieren Theologinnen und Theologen hauptsächlich auf einer funktionalen Ebene. Die Semantik, auf die sie dabei zurückgreifen, ist analog zu dieser Feststellung vornehmlich funktional und nur selten explizit-theologisch.

Die funktionale *theologische* Kompetenz der Theologinnen und Theologen sehe ich v.a. in ihrer professionsspezifischen Möglichkeit verankert, Transzendierung innerhalb der Kommunikationsprozesse zu ermöglichen. Empirisch kann man dies schlecht belegen, vielleicht ist es in Ansätzen – wie oben beschrieben – im Handeln des ev. Klinikseelsorgers Klaus Kamm zu finden.

Durch die (wenn auch im unterschiedlichen Maß vorkommende) prinzipielle Außenstellung der Theologinnen und Theologen innerhalb der Organisation Krankenhaus ist ihnen mithilfe des Transzendierungsverfahrens das Potential gegeben, einen Perspektivwechsel innerhalb des Klinischen Ethik-Komitees für alle Beteiligten zu ermöglichen. D.h. die Teilnehmenden im Ethik-Komitee können so die Erfahrung machen, die Sachverhalte in einem anderen Licht wahrzunehmen. Die Wirklichkeit bekommt für sie einen neuen Deutungshorizont. In der Seelsorgetheorie und der Homiletik wird dieses Phänomen v.a. der religiösen Sprache zugemessen.[21] Innerhalb eines Klinischen Ethik-Komitees, einem mehrgliedrigen Kommunikationsforum, scheint religiöse Sprache diese Funktion allerdings nicht mehr erfüllen zu können.

Die implizite, aber dennoch spezifisch theologische Kompetenz in einem funktionalen Sinne, die den Theologinnen und Theologen zu Eigen ist, muss nicht für alle Beteiligten der Klinischen Ethik-Komitees sichtbar werden. Dies gilt teilweise sogar für die Theologinnen und Theologen selber. In meinem Aufsatz habe ich mich bemüht, den Blick von außen auf das Agieren der theologischen Vertreterinnen und Vertreter zu werfen. Wie diese Außenperspektive mit der Selbstwahrnehmung der einzelnen Personen ins Verhältnis zu setzen ist, wird Constantin Plaul im folgenden Aufsatz darlegen. Aus diesen beiden Perspektiven ergibt sich dann noch einmal die grundsätzliche Frage nach der Funktion von

[21] Vgl. Karle (1996), 214.

Theologinnen und Theologen in Klinischen Ethik-Komitees, auf die Plaul am Ende eingehen wird.

Constantin Plaul

Prophet oder Pastor?

Zum Selbstverständnis von Theologen in Klinischen Ethik-Komitees

1. Der Ausgangspunkt: Das Ethik-Komitee als säkulares Gremium

Die Teilnahme von Theologinnen und Theologen an Klinischen Ethik-Komitees kann als selbstverständlich gelten; zumindest im Fall der vier im vorliegenden Projekt beobachteten Komitees. Ihre Beteiligung wurde von den übrigen Mitgliedern nie infragegestellt und zum Teil sogar besonders begrüßt.[1] Das scheint auf den ersten Blick vielleicht nicht selbstverständlich, denn eine explizit religiöse Kommunikation ist in den Komitees letztlich kaum zu beobachten gewesen.

[1] Eine knappe Bemerkung hinsichtlich der Verwendung des Begriffs des Theologen: Die in den Klinischen Ethik-Komitees mitwirkenden Theologinnen und Theologen waren zum größten Teil Krankenhausseelsorgerinnen und -seelsorger (mehrheitlich evangelisch), die mitunter auch noch das Pfarramt in einer Kirchengemeinde führten. Daneben nahmen ein akademischer Theologe und ein Religionslehrer teil. Diese zehn Personen waren auf die vier Komitees in etwa gleich verteilt. Gemeinsam war allen, einerseits als Vertreter der Institution Kirche aufzutreten und durchaus als solche auch in die Komitees mit hinzu geladen worden zu sein, andererseits ein theologisches Studium absolviert zu haben. Durch diese beiden Merkmale einer Minimaldefinition ist der folgende Gebrauch des Begriffs des Theologen im ersten Zugriff bestimmt.

Weder lässt sich dort ein signifikanter Gebrauch religiöser Sprache und Symbolik ausmachen, noch werden Theologinnen und Theologen auf ihre Profession als solche hin ausdrücklich angesprochen, noch ergeben sich häufig Erörterungen kirchlicher Stellungnahmen.

Dieses weitgehende Nichtvorkommen explizit religiöser Rede liegt nicht unwesentlich in den kommunikativen Rahmenbedingungen begründet: In den meisten Komitees wird nach einem bestimmten kommunikationspraktischen Grundmuster zu agieren versucht, das in einer Ausrichtung des gesamten Beratungsunternehmens auf diskursive Konsensbildung hin besteht.[2] Dabei kann keine bestimmte professionsspezifische Perspektive so zum Tragen kommen, wie das in ihrem originären Handlungskontext der Fall ist. Die jeweiligen Eigenlogiken werden im Komitee gleichsam gebrochen an der Forderung nach multidisziplinärer Beratung der gegebenen Problembestände. So kann etwa der Arzt hier nicht nur die ärztlich-medizinischen Indikatoren gelten lassen, die Pflege nicht bloß auf karitative Beweggründe abstellen oder der Geschäftsführer allein den ökonomisch bestimmten Blickwinkel aufrechterhalten. Gleichgültig aus welcher beruflichen Perspektive: alle Beteiligten sind gefordert, sich zu diesem Sachverhalt konstruktiv in Beziehung zu setzen, wenn sie an der Arbeit im Komitee sinnvoll teilnehmen möchten.[3] Angesichts des Aufbaus und der anvisierten Kommunikationsverfahren von Klinischen Ethik-Komitees hat sich für Matthias Kettner deshalb auch eine Analyse aus diskursethischer Perspektive nahe gelegt.[4] Er benennt fünf Parameter, mittels derer die dortige diskursive Beratung bewertet und verbessert werden kann: vernünftige Bedürfnisartikulation, Neutralisierung von Machtdifferenzen, strategiefreie Aufrichtigkeit, Horizontverschmelzung und Betroffeneninklusion. Besonders die vernünftige Bedürfnisartikulation und die mögliche Horizontverschmelzung der Diskursteilnehmer weisen auf Kommunikationsbedingungen hin, die weltanschaulich gebundene Stellungnahmen (z.B. religiöse Bekenntnisse) größtenteils ausschließen. Dem haben sich auch die beteiligten Theologinnen und Theologen zu stellen. Warum aber kann dann ihre Anwesenheit als eine Art »Gütesiegel« angesehen werden obwohl es nicht offensichtlich ist, inwiefern Theologen *als* Theologen sprachlich in Erscheinung treten? Es erscheint doch verwunderlich, dass die ethische Fallbearbeitung im Gremium zwar dezidiert religiöse Thematisierungen weit einschränkt, jedoch Vertreter der religiösen Hauptorganisationen als Mitglieder gern gesehen sind.

[2] Allerdings wird dieser Versuch häufig durch verschiedene Faktoren wieder unterlaufen. Vgl. dazu Ley, Friedrich (2005): Klinische Ethik. Entlastung durch ethische Kommunikation?, in: Ethik in der Medizin 17, 298-309 sowie seinen Beitrag in diesem Band.

[3] Vgl. dazu auch den Beitrag von Julia Inthorn in diesem Band.

[4] Vgl. Kettner Matthias (1999): Zur moralischen Qualität klinischer Ethik-Komitees. Eine diskursethische Perspektive, in: Klaus-Peter Rippe (Hrsg.): Angewandte Ethik in der pluralistischen Gesellschaft, Freiburg Schweiz, 335-354.

Die Antwort hierauf dürfte darin liegen, dass ein Klinisches Ethik-Komitee die modernen soziokulturellen Verhältnisse – freilich auf eine besondere Weise – im Kleinen abbildet. Nun ist es das Verdienst der neueren religionssoziologischen Arbeiten (etwa Berger, Luckmann oder Luhmann), gezeigt zu haben, inwiefern sich eine Säkularisierung der modernen Gesellschaft nur im weiteren Sinne behaupten lässt. Damit ist nicht von einem generellen Bedeutungsverlust der Religion auszugehen, sondern lediglich von einem weit reichenden sozialen Transformationsprozess. Dieser Vorgang kann im Blick auf Religion bekanntlich als ein doppelter Verselbständigungsprozess beschrieben werden: insofern Religion nun als ein Teilsystem der Gesellschaft erscheint, wird einerseits die Gesamtheit der übrigen sozialen Bereiche jeweils der Religion gegenüber selbständig, andererseits kommt damit auch die Religion zunehmend als eigenständig zu stehen. Infolge dessen erscheint sie dann in zweifacher Form: zum einen ist sie als offizielle Institution organisiert; zum anderen kommt sie zunehmend in der Privatsphäre der jeweiligen Individuen zu stehen. Während sie auf institutioneller Ebene zwar als sichtbare Organisationsform erkennbar bleibt, wird sie auf der anderen Seite immer mehr zur Privatsache und somit zur „Angelegenheit frei entscheidender singulärer Subjekte“[5]. So besehen hat Religion – soziologisch betrachtet – letztlich eine sichtbare sowie eine unsichtbare Gestalt, je nachdem ob sie auf institutioneller Ebene oder ob sie beim Individuum aufgesucht wird.

Diese Diagnose wirft Licht nicht nur auf den gesamtgesellschaftlichen Bereich, sondern kann in gewissem Sinne auch für den konkreten Kontext von Klinischen Ethik-Komitees in Anschlag gebracht werden: In allen vier beobachteten Komitees fanden sich (erwünschtermaßen) Theologinnen und Theologen vor. Als Vertreter der Institution Kirche kommt ihnen im Komitee dabei die Funktion zu, als Repräsentanten einer religiösen Organisation aufzutreten.[6] Dieser Selbstverständlichkeit theologischer Partizipation korrespondiert aber ein weitgehendes Fehlen jeglicher Art explizit religiöser Thematisierung bzw. religiöser Kommunikation[7]. Trotz bzw. gerade wegen der Privatisierung und Individualisierung der Religion, die sie im öffentlichen[8] Raum „unsichtbar“[9]

---

[5] Wagner, Falk (1989): Was ist Theologie, Gütersloh, 458.

[6] Das Thema der außerkirchlichen Organisation von Religion kann im Blick auf die untersuchten Ethik-Komitees vernachlässigt werden, da dort als Vertreter religiöser Organisationsformen nur Theologinnen und Theologen vertreten waren.

[7] Gedacht ist hier etwa an Dogmen, Glaubens- oder Bekenntnissätze oder auch kirchliche Stellungnahmen.

[8] In gewisser Hinsicht ergeben sich hier Überschneidungen zu den Überlegungen John Rawls, wie er sie für die politische Öffentlichkeit angestellt hat. Vgl. Rawls, John (1996): Political Liberalism, New York/Chichester/West Sussex. Der von ihm vertretenen Forderung nach einer Enthaltung von weltanschaulich gebundenen Stellungnahmen in öffentlichen Diskursen ließe sich das Fehlen explizit gemachter Religion in den Klinischen Ethik-Komitees analogisieren. Diese Vermutung basiert darauf, dass Klinische Ethik-Komitees einerseits als öffentliche Gremien aufgefasst werden können – denn sie agieren transparent, sind bemüht nach außen hin aufzutreten und sind prinzipiell offen

werden lässt, kommt die »Hintergrunderfüllung« (Arnold Gehlen) letzter Sinnwelten somit als unabdingbarer Bestandteil zu stehen. Das scheint sich im Blick auf die Gesellschaft ebenso durchzuhalten wie für deren „Mikrokosmos" Klinisches Ethik-Komitee.

Dieser Sachverhalt hat nun freilich Konsequenzen für die Rolle von Theologinnen und Theologen. Da Rollen immer auch durch externe Anforderungen und Zuschreibungsakte gebildet werden, sind sie nicht völlig frei wähl- und gestaltbar. Wohl eröffnen sie einen Spielraum, der jeweils individuell ausgereizt werden kann. Aber es gibt Grenzen, über die nicht hinweggegangen werden kann, wenn nicht der Zusammenbruch der mit der bestimmten Rolle zugewiesenen Funktion provoziert werden soll. Im Folgenden wird nun dargestellt werden, wie Theologinnen und Theologen in Klinischen Ethik-Komitees ihre Rolle wahrnehmen, d.h. einerseits wie sie diese auffassen, andererseits wie sie sie ausführen. Es werden zwei Grundmuster zutage treten: zum einen wird ein Fall vorgestellt, in dem eine Theologin permanent darum bemüht ist, sich dadurch *als* Theologin zu gerieren, dass sie eine Expertenschaft zur Darstellung bringen möchte, die in analoger Weise *sichtbar* ist *wie* die ihrer Komiteekollegen. Dabei geht es für sie nicht so sehr darum, diese Vergleichbarkeit etwa durch Rückgriff auf ihre komitee-externen Berufserfahrungen herzustellen, sondern sie möchte auf terminologischer wie gedanklicher Ebene gleichermaßen Theologin sein, wie der Anwalt Anwalt ist, der Geschäftsführer Geschäftsführer, der Arzt Arzt u.s.w. Wenn aber eingeräumt wird, dass Theologie immer auch und gerade mit Religion zu tun hat, so sind die praktischen Schwierigkeiten vorprogrammiert, die ein solches theologisches Rollenbild verursachen wird. Den anderen Fall bilden letztlich die übrigen der beobachteten Theologen. Bei ihnen lässt sich kein Bestreben finden, eine Expertenrolle zu entwerfen, indem sie ständig religiös ausgewiesene Themen explizit machen. Vielmehr fassen sie ihre Rolle dahingehend auf, dem ganzen Unternehmen Ethik-Komitee unterstützend beizuwirken[10] und als Experten fürs Religiöse gleichsam Experten fürs Unsichtbare zu sein. Dass sie keine Expertenschaft wie im ersten Fall anstreben heißt freilich nicht, dass sie kein eindeutiges Rollenbild hätten. Allerdings ist dieses für sie gewissermaßen eindeutig durch Uneindeutigkeit definiert – nicht

für jedermann –, andererseits wird innerhalb der dort stattfindenden Diskurse eine Handlungsentscheidung angezielt, auch wenn sie nur beratender Art sein soll.

Für eine kritische Würdigung der Rawlsschen Konzeption aus theologischer Perspektive vgl. etwa Fischer, Johannes (2004): Theologische Ethik und die Forderung nach Selbstbeschränkung religiöser Überzeugungen im öffentlichen Raum, in: ZEE 48 Jg., 247-266.

[9] Die Frage nach der Verlagerung des sozialen Orts von Religion und nach der Möglichkeit zur empirischen Beobachtbarkeit der damit „unsichtbar" werdenden Religion ist bekanntlich vor allem durch Thomas Luckmann angestoßen worden; vgl. Luckmann, Thomas ([2]1993): Die unsichtbare Religion, Frankfurt a.M..

[10] Vgl. dazu den Beitrag von Anne-Kathrin Lück in diesem Band.

Uneindeutigkeit im Sinne von Beliebigkeit, sondern im Sinne der soziologischen Teilunsichtbarkeit ihres Expertengegenstandes.

2. Komiteebezogene Rollenwahrnehmungen von Theologen in Klinischen Ethik-Komitees

2.1 Der Fall Gantenbein: die desintegrative Selbstverortung

Das eine der beiden Grundmuster wird deutlich am Beispiel einer Seelsorgerin, der Pastorin Gantenbein. Zum Ethik-Komitee und zu ihren Möglichkeiten innerhalb desselben äußert sie sich an einer Stelle des Experteninterviews wie folgt:

> Letztes Mal hab ich mich beispielsweise richtig geärgert. Da hatten wir einen ethischen Fall und dann fragte jemand nach der katholischen Moraltheologie, was die denn nun dazu sagt. (...) [U]nd dann hab ich gesagt, was die evangelische Kirche dazu sagt. Aber es hat eigentlich keinen wirklich interessiert. Das fand ich wirklich sehr ärgerlich. Es war auch 'ne evangelische Patientin, und das wird mich auch auf die Dauer dazu veranlassen, dass ich da nicht ewig bleiben will, weil ich immer denke, wenn die jetzt sowieso dich nicht richtig brauchen, warum sollte ich da eigentlich immer mein Krams mit einbringen. Das ist zwar 'ne heroische Einstellung, aber, hatte ich mir anders vorgestellt: also, das wäre ja eigentlich das Interessante daran, dass man also wirklich den medizinischen Standpunkt, und auch mal, das mal klarer versucht voneinander abzugrenzen, in ein Gespräch zu bringen. Also wie kann man das theologisch sehen, oder so, was weiß ich, beispielsweise Menschenwürde. Wenn's darum geht, wie geht man [vor] beim Thema Präimplantationsdiagnostik oder Pränataldiagnostik; oder was anderes, wo [ist] die Menschenwürde zu verankern, was sagt da derzeit die evangelische Kirche, oder was sagen Sie als (…) Theologin, aber das kommt also :nie. (E-HT-1, 682-701)

Hier werden insgesamt drei verschiedene Punkte benannt, die Frau Gantenbein ihre Teilnahme als Theologin am Klinischen Ethik-Komitee kritisch beurteilen lassen. Der erste Kritikpunkt gilt einer generellen Unterrepräsentiertheit der evangelischen Stimme im Komitee. Das Krankenhaus ist zwar ein katholisches, und von daher liegt es auch nahe, dass nach der katholischen Moraltheologie gefragt wird. Aber eine deutlichere Wahrnehmung der evangelischen Position sei dennoch gefordert. Zweitens sei die betreffende Patientin selbst evangelisch gewesen, was unterbelichtet geblieben sei. Frau Gantenbein konstatiert somit eine gewisse Inadäquatheit der vollzogenen Ethikberatung hinsichtlich der Wahrnehmung der Patientensituation. Aus diesen beiden Kritikpunkten zieht Frau Gantenbein die Konsequenz: sie werde schließlich die eigene Mitarbeit im Klinischen Ethik-Komitee aufgeben. Im Anschluss daran gibt sie aber noch eine

dritte Begründung für ihren Entschluss, die gegenüber den ersten beiden Punkten wesentlich prinzipieller gefasst ist.

Zunächst äußert sie: „Weil ich immer denke, wenn die jetzt dich sowieso nicht richtig brauchen, warum sollte ich da eigentlich immer mein Krams mit einbringen“. Ihr Versuch, sich innerhalb des Gremiums integrativ zu verorten, wird unterlaufen von dem generellen Gefühl des Nichtgebrauchtwerdens. Dieses macht sich für sie aber nicht allein daran fest, als evangelische Pfarrerin in einem katholischen Krankenhaus bzw. dessen Ethik-Komitee nicht genügend Beteiligungsmöglichkeit zu finden. Sondern sie wendet ihre Argumentation auf die allgemeine Frage hin: „wie kann man das theologisch sehen“. Letztlich sei es demnach nicht so sehr ein Problem für sie als evangelische Pfarrerin, als vielmehr für sie als Theologin. An anderer Stelle kann sie dann auch den Vertretern der katholischen Konfession vorwerfen – und daran wird deutlich, inwiefern sie hierin tatsächlich ein prinzipielleres Problem hinsichtlich des Ethik-Komitees erblickt –, sich nicht genügend „als“ Theologen zu profilieren. Sie beansprucht also die allgemeine Wahrnehmung der theologischen (=explizit religiösen) Position als eine den anderen Fachvertretungen analoge. Dazu kommt es nun aber nicht, was eben zu jener Konsequenz führt, die Mitarbeit letztlich aufgeben zu wollen.
Im Blick auf ihre Funktion im Ethik-Komitee äußert Frau Gantenbein weiter:

> Meine Idee ist eigentlich gewesen, dass ich unter anderem deshalb ins Ethik-Komitee gehe, weil ich dann auch meine theologisch-ethischen Standpunkte einbringen will natürlich. Ich finde das manchmal sehr begrenzt. Es wird also fast nie :angefragt, dass mal jemand fragt: was sagen Sie denn als Pastorin dazu, und dann wenn, dann muss ich das immer selber machen. Das finde ich ein bisschen :schade. (E-HT-1, 670-675)

> Das fällt im Grunde runter, wenn man’s nicht selber einbringt. Also gut, man muss dann selber gucken, wo das jetzt passen könnte, aber ich denke so, man könnte das in der Gesprächsstruktur auch noch mal stärker differenzieren und auch wirklich mal gucken, dass man die einzelnen Berufsgruppen tatsächlich stärker einbezieht und das dann auch, ne, also so wie [bei] Hansen [sc. der Patientenvertreterin]: was sagen sie als Patientin, wie erleben sie das, oder was sagen die Juristen, aber auch, was sagen die Theologen, also ich hab mir das beim Ethik-Komitee tatsächlich ’n bisschen breiter vorgestellt. (...) Oder die medizinischen Standpunkte, die sind eigentlich viel wichtiger als alles andere, also das, ne? Wie oft da halt irgendwas erklärt wird, wie man dies und das macht, und wie das und das heißt, und wie [sie] die und die Krankheit verstehen. Aber es ist mir noch nicht passiert, dass mal jemand [fragt]: also, was sagen sie denn aus der theologischen Sicht dazu? Ja, also, wenn ich das nicht einbringe, da ich ja nun nicht ein schweigsamer Mensch bin, mach ich das wohl auch, aber, und ich finde dann den Part [der katholischen Kollegin] wirklich schwach. Also ich hab sie noch nicht als Theologin erlebt bisher, sag ich jetzt einfach mal so. (E-HT-1, 703-729)

Frau Gantenbein benennt als anfängliche und immer noch zugrunde liegende Motivation für ihre Beteiligung im Ethik-Komitee den Wunsch, „theologisch-

ethische Standpunkte" in die Komiteearbeit einbringen zu können. Die Theologin oder der Theologe würden ihrer Ansicht nach überhaupt nur dadurch eine den anderen Berufsgruppen vergleichbare Expertise beisteuern können, indem sie genau solche (normativen) Standpunkte vertreten. Das Theologische rückt bei ihr in diejenige Funktion ein, die bei anderen Berufen das jeweilige Fachwissen besitzt. Dadurch soll eine berufliche Qualifikation begründet werden, durch welche sie als Expertin den anderen Expertenschaften gegenübergestellt werden kann. In nahem Zusammenrücken von Theologie und Kirche überführt sie somit ihr Berufsverständnis in eine vermeintliche Eindeutigkeit.

Schließlich zieht sie einen direkten Vergleich zu den anderen im Komitee vertretenen Personen bzw. Fachvertretern. Besonders im Blick auf die Juristen und die Mediziner erscheint Frau Gantenbein ihre eigene Profession nicht genügend beachtet. Während jene stets aufgefordert seien, die verhandelten Sachverhalte auch aus ihrer besonderen Perspektive zu beleuchten, frage keiner nach ihrer theologischen Betrachtung. Diesen Konflikt versteht sie dezidiert nicht als einen rein persönlichen. Wie ihre Kritik an der katholischen Kollegin deutlich gemacht hat, drückt sich darin ein allgemeines Berufs- bzw. Amtsverständnis im Hinblick auf Theologinnen und Theologen aus.

Obwohl in alledem eine große Unzufriedenheit Frau Gantenbeins hinsichtlich ihrer eigenen Rolle im Klinischen Ethik-Komitee deutlich wird, kann sie das Komitee an sich dennoch als eine nützliche Einrichtung auffassen.

> Ich halt den Wert unserer Einrichtung [sc. des Ethik-Komitees] – effektiv klingt immer so ein bisschen nach Wirtschaft –, (…) also 'ne wichtige Einrichtung, die die Möglichkeit hat, viele grundlegende ethische Themen überhaupt erst zur Sprache zu bringen und auch [zu] bearbeiten. (E-HT-1, 595-600)

Ethische Themen, wie sie innerhalb des Krankenhausalltages auftreten, könnten durch das Ethik-Komitee benannt und angegangen werden.[11] Das lasse die Arbeit des Komitees als eine hilfreiche Einrichtung für den gesamten Krankenhauskomplex erscheinen. Allerdings trifft Frau Gantenbein diese positive Bewertung unabhängig davon, ob sie sich selber als einen wichtigen Teil des Gremiums versteht, und dass sie das nicht tut, ist bereits deutlich geworden. Zwar ist für sie das Klinische Ethik-Komitee sinnvoll, aber die Sinnhaftigkeit ihrer eigenen Teilnahme daran bewertet sie enorm kritisch.

Der Theologe oder die Theologin ist nach Frau Gantenbein einzig zuständig für die Grundfragen des christlichen Selbstverständnisses, wie sie in der Theologie präsent und aus starker Rückbindung an die kirchliche Institution legitimiert sind. Ihre Vorstellung, diese Funktion des Theologen stärker im Komitee implementieren zu können, indem man „das in der Gesprächsstruktur auch noch

[11] Zur externen Beschreibung dieser Funktion vgl. den Beitrag von Friedrich Ley in diesem Band.

mal stärker differenziert“, kommt nicht zur Verwirklichung. Das führt Frau Gantenbein letztlich zur eingangs dargestellten Konsequenz, dem Ganzen schließlich den Rücken kehren zu wollen. Die sich einstellenden Probleme im Blick auf die Selbstpositionierung im Klinischen Ethik-Komitee bergen demnach ein enormes Resignationspotential, das die eigene Partizipation quasi von innen heraus gefährdet.

2.2 Die integrative Selbstverortung

Demgegenüber stimmen die übrigen Theologen, die allesamt auf verschiedene Gremien verteilt waren, überein in einer prinzipiell positiven Grundhaltung der eigenen Mitarbeit im Klinischen Ethik-Komitee gegenüber, und sie charakterisieren ihre Rolle im Hinblick auf das Ethik-Komitee entsprechend anders als Frau Gantenbein. Um das im Folgenden darzustellen, wird in einem ersten Schritt exemplarisch skizziert, inwiefern sich die Betroffenen darauf einlassen, nicht auf eine direkte Kommunizierbarkeit eindeutig religiös behafteter Themenbestände bauen zu können. D.h. obwohl diese Theologen als Vertreter der religiösen Organisation Kirche am Komitee teilnehmen, beanspruchen sie in der komitee-internen Kommunikation nicht, Religion explizit zur Sprache zu bringen (1). In einem zweiten Schritt soll, wiederum exemplarisch, beschrieben werden, wie damit ein differierendes theologisches Rollenverständnis einhergeht, das gerade nicht durch eine Expertenschaft fürs explizit Religiöse allein bestimmt ist (2). Bei den Vertretern dieser Gruppe wird – im Unterschied zu Frau Gantenbein – zudem kein Hiatus zwischen dem Sinn des gesamten Unternehmens und der eigenen Beteiligung deutlich. Darum gelingt es ihnen wesentlich besser, ihre komitee-externen Berufserfahrungen einerseits mit einfließen zu lassen, andererseits diese durch die Arbeit des Komitees gerade in besonderem Maße bearbeitet zu sehen. Das soll in einem letzten Schritt kurz gezeigt werden (3).

(1) Auf die Frage des Interviewers, wie die anderen Mitglieder des Komitees reagieren würden, wenn er religiös geprägte Positionen einbringt, äußert sich der evangelische Seelsorger Possner wie folgt:

> Also, ich denke das ist jetzt bei mir nicht so steil, dass es von den anderen als irgendwie jetzt religiös geprägt, oder was, verstanden wird, sondern wirklich als einfach der Beitrag jetzt auch eher des Klinikseelsorgers, der Blick sowohl auf die Klinik, als auch auf Seelsorge hat. (...) Durch meine Person und mein Amt denken sich das [sc. den religiösen Bezug] die Leute wahrscheinlich auch, dann brauch ich es nicht einmal sagen. (B-HB-6, 279-313)

In diesem Interviewabschnitt bestreitet Herr Possner sogar jeglichen explizit religiösen Charakter seines eigenen Beitrages. Das implizite Vorkommen von Religion wird von ihm aber nicht ausgeschlossen. Denn in der individuellen Einheit der Person des Seelsorgers ist für Herrn Possner ein religiöser

Hintergrund immer schon mitgeführt, dessen allgemeine Wahrnehmung aufseiten der übrigen Komiteekollegen von ihm als selbstverständlich vorausgesetzt wird. Ein anderer evangelischer Seelsorger, Herr Kamm, antwortet auf die Frage, inwiefern denn religiöse Motive in das Klinische Ethik-Komitee mit eingebracht würden, derart:

> Naja, das ist natürlich wieder die Frage, wie sie religiös verstehen. (...) Ich meine, wenn sie den (Begriff) nehmen, das ist ja relativ allgemein. Also ich mein, für mich ist zum Beispiel die Frage eines würdevollen Sterbens schon religiös, (...) insofern ist das ein Thema, das geht mich als Pfarrer, als Seelsorger, und als Ethik-Komiteemitglied was an, also für mich sind die Grenzen so fließend, ne. (...) [Aber] expressis verbis natürlich nicht. (...) Naja, ich mein, das ist alles, wie soll ich sagen, religiöse Werte sind implizit vorhanden. Also ich meine, explizit höchstens, wenn es darum geht, dass, was weiß ich, dass ein Moslem anders aufgebettet werden muss, wie ein Jude oder ein Christ, oder so. Aber für mich haben implizit ethische Themen eher auch mit Religiosität zu tun. (...) Religiöse Positionen einbringen? Nee eigentlich nicht, also, wie gesagt, wir müssten uns über die Frage unterhalten, was religiös ist. Nö, also so expressis verbis wird es sicher nicht, oder relativ selten ja.
>
> Naja, wenn zum Beispiel einer sagt, ich kann doch die Leiche nicht vor dem Bauarbeiter abdecken, sondern ich möchte doch bitte, dass der Bauarbeiter mal jetzt dann einen anderen Weg geht, weil ich mein ja, der Verstorbene hat ein Recht auf seine :Würde, dann möchte ich sagen, dass das implizit ein religiöses Argument ist, weil er Geschöpf Gottes ist und so. Das ist natürlich nicht gesagt, aber das ist, wie ich denke, gell. (B-Wg-1, 596-666)

Hier wird eine basale Unterscheidung vorgenommen zwischen explizitem und implizitem Vorhanden-Sein von Religion. Explizit werde Religion im Komitee nicht verhandelt. Sie könne höchstens dort ausdrücklich zum Thema werden, wo es vermittelt durch den Patienten aufgegeben ist, sich im Blick auf dessen Religionszugehörigkeit zu fragen, welche Vorgehensweise angebracht wäre. Aber hinsichtlich des Kommunikationsprozesses im Komitee selbst bleibt Religion latent. Als äußerst weit reichend wird dann allerdings der Bereich der impliziten Religion gefasst: Für Herrn Kamm können darunter eigentlich alle ethischen Themen fallen. Besonders erhellend ist das von ihm gegebene Beispiel, in dem es um die Würde des Verstorbenen geht. Diese Würde bleibt im Komitee, nach Sicht von Herrn Kamm, als ein religiöser Wert unbenannt. Er selber aber nimmt sie nicht desto trotz als einen solchen – schöpfungstheologisch begründeten – religiösen Wert wahr. Innerhalb der Diskussionen gibt es demnach bestimmte kommunikative Gegenstände, die zwar nicht explizit als religiöse ausgewiesen sind, die sich aber dennoch einer impliziten religiösen Bezugnahme nicht verweigern. Auf der individuellen Deutungsebene bleibt es sozusagen der privaten Entscheidung des Einzelnen anheim gestellt, wie er/sie sich auf die Kommunikationsgegenstände Bezug nehmen will.

In ähnlicher Perspektive stellt schließlich[12] auch der katholische Seelsorger Herr Horn fest:

> Das Religiöse ist doch nach wie vor, heutzutage, Privatsphäre. (B-WG-2, 1162)

Obwohl diese Äußerung aus einem biographischen Interview stammt, kommt sie dort innerhalb des thematischen Kontexts ‚Ethik-Komitee' zu stehen. Für Herrn Horn ist klar: auch er als Theologe kann nicht einfach voraussetzen, dass Religion sichtbar zur Sprache komme. Bei den im Projekt befragten Theologen findet sich also diesbezüglich kein Unterschied zwischen evangelischer und katholischer Seite. Angehörige beider Konfessionen können die Kommunikationsbedingungen der Klinischen Ethik-Komitees akzeptieren, die das Vorkommen explizit religiöser Sprachgegenstände äußerst weit einschränken. Dass sie aber als Theologen völlig fehl am Platze wären, nehmen sie deshalb noch lange nicht an. Denn sie versuchen gar nicht erst, dadurch Theologen zu sein, dass sie „theologisch reden". Insofern sie diese Funktion – die im Gremium letztlich nur eine hypothetische ist – für sich nicht in Anspruch nehmen, bleibt ihnen auch das Dilemma erspart, den eigenen Beitrag als nicht anschlussfähig bzw. als sinnlos zu erfahren.

(2) Verbunden mit dieser Bereitschaft, sich auf die Kommunikationsbedingungen in den Komitees einzulassen, geht ein theologisches Rollenbild einher, das sich von dem der Frau Gantenbein stark unterscheidet. Die Rolle des Theologen im Komitee wird nicht über das kontinuierliche Thematisieren direkt religiöser Sprachbestände definiert. Stattdessen werden auch Aufgaben als die eigenen aufgenommen und bearbeitet, die auf den ersten Blick keinen explizit religiösen Bezug zu haben scheinen. Der oben bereits zitierte Herr Possner äußert sich dazu wie folgt:

> Ja, ich denke, das ist so dieser spezielle Blick des Seelsorgers jetzt eben über diesen medizinischen Rand hinaus auch, darauf, wie die Menschen damit umgehen, ja, wie der[en] Leben so im Hintergrund ist, wie es vom Glaubenshintergrund ist. (...) Ja, und vielleicht einfach auch noch einmal so ein Blick, trotz allem Angebundensein, auch noch mal von außen zu bringen, vielleicht einen anderen Standpunkt, oder einen anderen Blickpunkt vielleicht eher.

> Ich denke, das [sind] Fragen, die vielleicht viele andere auch stellen. Ich denke einfach, das geht bei uns vielleicht etwas ungezwungener: haben Sie denn schon mit über den Tod gesprochen, über das Sterben, bis dahin auch, ja hat denn der Glaube eine Rolle gespielt bei Ihnen oder bei dem Patienten, (gibt es) da eine Hoffnung für sich, oder hat er da eine Hoffnung für sich geäußert, oder, na ja. So auch diese Zwischentöne einfach zu hören, und da wieder nachzufragen. Also ich denke, das ist nicht so, dass ich da das Thema auch sehr offensiv ins Spiel bringe, also von daher ist es auch sehr unterschiedlich, wie weit das

[12] Das in diesem Abschnitt explizierte Thema ließe sich noch durch weitere Belegstellen anderer Theologen anreichern.

> wirklich jetzt :ganz spezifisch noch mal um Glaubensdinge geht. Aber ich denke, das geht daher, dass wirklich auch der Seelsorgebegriff eben weiter ist, als jetzt eben so diese Christenwelt, diese Glaubensformen, von daher ist das ein wirklich weiterer Blick auf den Menschen, und ich denke, was ich Gott sei Dank mit vielen anderen Disziplinen auch, was man dann auch gemeinsam hat. (E-HB-6, 290-318)

Herr Possner weist darauf hin, in erster Linie gehe es ihm um die weitere Aufklärung des jeweils zu verhandelnden Falles. Hierin sieht er seine Rolle innerhalb des Komitees, und er übt sie vornehmlich durch Nachfragen aus. Dabei wird diese hermeneutische Funktion für ihn durch verschiedene Aspekte unterstützt: den „speziellen Blick des Seelsorgers"; die Ungezwungenheit in existenziellen Fragen; das Einbringen eines „Blickpunktes" von außerhalb; oder auch das hermeneutische Gespür, „diese Zwischentöne einfach zu hören". Obwohl er sich in dieser Selbstbeschreibung auf seinen komitee-externen Beruf als Seelsorger beruft, baut er keine starre fachliche Trennlinie zwischen sich und den übrigen Komiteemitgliedern auf. Es gehe ihm zwar insbesondere um einen weiteren Blick auf den Menschen – das habe er aber mit anderen Disziplinenvertretern gemeinsam. Für ihn besteht keine Notwendigkeit, sich als Experten zu gerieren, indem er als Theologe ständig gleichsam in Verkündigungsfunktion (des Theologischen oder der Kirche) stünde. Deswegen verspürt er auch keinen Zwang, Glaubensfragen bzw. Religion einbringen zu *müssen*. Ergäben sich derartige Fragestellungen oder legten sie sich nahe, dann wäre er selbstverständlich in gewissem Sinne als Profi zur Stelle. Aber der Drang, sie einzufordern, um damit eine fachlich wahrnehmbare Identität aufzubauen und aufrecht zu erhalten, besteht für Herrn Possner nicht.

In ähnlicher Weise schreibt sich auch der akademische Theologe Herr Koch eine theologische Expertenschaft zu, die nicht immer explizit religiös sein muss, um überhaupt eine solche zu sein. An einer Stelle verweist er auf einen eigenen Beitrag, der sich hauptsächlich daran orientiert, die Kommunikation innerhalb des Gremiums methodisch zu unterstützen:

> Und ich habe jetzt zum Beispiel die Dinge, die ich jetzt gemacht habe, auch da mit eingebracht, was ja jetzt auch bedeutet, dass das klar ist, dass :das ein Element des Ethik-Komitees ist, also was es heißt Ethik lernen, auch im Klinikum. Da muss noch viel passieren, also institutionell. Da muss man mal gucken, also inwieweit man in die Fortbildung geht, also zum Beispiel, dass man Kurse macht für Pfleger oder so. (...) Also das ist das, wo ich dann auch gesagt habe, das versuche ich halt so gut es geht, immer zu verstärken. (...) Vielleicht muss man sagen, also, es war dann relativ schnell der Konsens, wofür ich mich auch stark machen konnte, dass wir das Ethik lernen :im Ethik-Komitee selber betreiben. (B-HB-10, 685-707)

Zwar übt Herr Koch damit primär eine andere Funktion aus als das Herr Possner getan hat, was mit seiner unterschiedlichen komitee-externen beruflichen

Herkunft zusammenhängt: Er sieht sich als akademischer Ethiker befähigt, den Diskurs auf ein ethisch reflektierteres Niveau zu heben. Den Sinn seiner Beteiligung bezieht Herr Koch allerdings – und hier nun in großer Nähe zu Herrn Possner – vornehmlich nicht aus der Verpflichtung, Theologisches zur Sprache zu bringen, sondern aus den realen Möglichkeiten, von seinem eigenen beruflichen Hintergrund aus konstruktiv mitzuwirken. Dabei überschneidet sich sein möglicher Beitrag zur Arbeit im Komitee an dieser Stelle mit dem allgemeinen Interesse der übrigen Teilnehmer, sich als gesamtes Gremium ethisch fortzubilden.[13]

(3) Von der hier vorgestellten Gruppe von Theologen wird das Klinische Ethik-Komitee prinzipiell positiv bewertet. Im Unterschied zu Frau Gantenbein fallen aber die positive Eigen- und Komiteeeinschätzungen zusammen. Man befindet nicht nur das Gremium als solches für sinnvoll, sondern auch den Beitrag, den man selber dazu leistet. Dieser Befund hängt damit zusammen, dass hier eine integrative Selbstverortung gelingt. Gleichzeitig ist es den betreffenden Personen möglich, auch ihren jeweiligen komitee-externen Berufsalltag leichter auf das Ethik-Komitee zu beziehen[14]: entweder indem – wie eben schon bei Herrn Possner und Herrn Koch gesehen – auf allgemeine Kompetenzen oder Erfahrungen zurückgegriffen wird; oder dadurch, dass Angelegenheiten, die im eigenen Berufsalltag als wichtig erfahren werden, auch in den Komitees als verhandelbar erkannt werden. Was die Befragten in den Interviews für die eigene berufliche Tätigkeit außerhalb des Ethik-Komitees als bedeutsam schildern, das wird daher häufig auch als entscheidendes Element ihrer Arbeit im Ethik-Komitee betrachtet. Bei dem evangelischen Seelsorger Herr Grün zum Beispiel korrespondiert die Bedeutung des Klinischen Ethik-Komitees für den Gesamtkomplex Krankenhaus mit Bedürfnissen, die ihm aus seiner Arbeit als Seelsorger bereits bewusst geworden sind:

> Ich merke, dass die Ärzte, wenn ich die jetzt darauf in einer ruhigen Minute ansprechen kann, ebenso ihre Hilflosigkeit zu Wort bringen, aber einfach nicht wissen, wie sie sich anders hätten verhalten sollen. Und da ist für mich das Ethik-Komitee ein Raum, um das [sc. Sterben] zur Sprache zu bringen. (E-EH-2, 118-122)

> Und da ist das Ethik-Komitee ein Raum, das zur Sprache zu bringen. Und je mehr das nutzen, um so besser wird es. Also, dass man auch den Ärzten die Möglichkeit gibt: jetzt sagt mal, wie geht es euch da damit? (...) Wie kann man euch da helfen, wie kann man (...) gemeinsam miteinander reden? Das muss sich im Krankenhaus ändern und zwar möglichst fächerübergreifend oder hierarchieübergreifend: nicht :Stärke zum Ausdruck bringen oder

[13] Zum Thema Konsens vgl. den Beitrag von Julia Inthorn in diesem Band.

[14] Frau Gantenbein hatte demgegenüber die Elemente, die sie als genuin zum Theologenberuf gehörig empfand, in der Komitee-Arbeit nur äußert eingeschränkt finden können.

> Sicherheit, sondern wirklich mal die eigene Befindlichkeit. Und da kann das Ethik-Komitee der Raum dazu sein. (E-EH-2, 169-178)

Diese Beschreibung dessen, was durch ein Ethik-Komitee geleistet werden soll bzw. geleistet wird, deckt sich zu großen Teilen mit den Ausführungen von Herrn Grün bezüglich seines Berufs als Seelsorger überhaupt. Auch dort ist immer wieder die Rede davon, Patienten, Angehörigen und Personal dazu zu verhelfen, Probleme zu artikulieren und über Befindlichkeiten zu sprechen. Für Herrn Grün deckt sich die Einrichtung eines Ethik-Komitee mit einem seiner Hauptanliegen als Krankenhausseelsorger, Sprachräume zu eröffnen, in denen Probleme des Arbeitsalltages kommuniziert werden können, für die sonst weder Zeit noch Raum bleibt. Gerade im Blick auf letztgenanntes Defizit wird die Einrichtung des Komitees wärmstens begrüßt.[15] Damit ist für Herrn Grün auch insofern ein positiver Bezug auf die allgemeine Tätigkeit eines Ethik-Komitees möglich, als er darin wesentliche Elemente seines Berufsalltages als bearbeitbar erkennen kann.

Ähnliches gilt auch für Herrn Horn, der im Blick auf seine eigene Tätigkeit im Ethik-Komitee das biographische Interview mit der Feststellung beendet:

> Ich empfinde meine Tätigkeit als sehr sinnvoll. Sehr hilfreich. Sehr sinnvoll. (B-WG-2, 1166)

Bei allen Beteiligten dieser Gruppe liegt also eine durchweg bejahende Grundsicht auf ihre eigene Mitwirkung am Klinischen Ethik-Komitee vor. Diese kann aus Sicht der Theologin oder des Theologen aber nur dann zustande kommen, wenn es ihm/ihr möglich ist, darin einen konstruktiven Part zu spielen. Denn wo das nicht gelingt – das hat das Beispiel von Frau Gantenbein gezeigt –, kann es aufgrund der scheinbaren Sinnlosigkeit der eigenen Beteiligung schnell zur Entscheidung kommen, sich aus dem Ganzen zu verabschieden. Weil der Theologe oder die Theologin aber an den komplexen Kommunikations- und Interaktionsbedingungen nicht vorbeiagieren kann, scheint jede integrative Selbstverortung von der Grundbereitschaft bedingt, die modernen differenzierten Verhältnisse zumindest prinzipiell zu akzeptieren,[16] was nicht heißen muss: in jedem materialen Einzelfall. Deshalb wird auch nicht permanent gegen den hintergründigen Konsens agiert, indem man etwas ins Gespräch zu heben versucht, was in der expliziten bzw. sichtbaren Gestalt dort keinen Platz hat.

---

[15] Vgl. hierzu auch den Beitrag von Anne Brisgen in diesem Band.

[16] Mit dieser Problematik berührt man einen Themenbestand, der im 20. Jh. äußerst kontrovers in der Debatte um das rechte Verständnis der Zwei-Reiche-Lehre bzw. der Königsherrschaft Christi diskutiert wurde. Besonders die Frage nach der Akzeptabilität der so genannten Eigengesetzlichkeiten der Welt hatte dabei im Mittelpunkt der Diskussion gestanden.

3. Fazit

Den Ausgangspunkt der hier vorgetragenen Beobachtungen zum Rollenbild von Theologinnen und Theologen in Klinischen Ethik-Komitees bildete ein säkularisierungstheoretischer Ansatz. Demnach ist die heutige gesellschaftliche Situation einerseits durch funktionale Ausdifferenzierung geprägt, andererseits geht damit aber mitunter auch eine erschwerte Kommunikation explizit religiöser Themata einher, wobei das System Religion nichtsdestoweniger weiterhin eine (transformierte) Bedeutung für die Gesellschaft aufweist. Diesen allgemeinen Befund mag man krisenhaft oder affirmativ interpretieren – dass sich Theologen darauf einzustellen haben bleibt unfraglich.

In den eben vorgestellten Interviewsequenzen sind zwei recht unterschiedliche Umgangsformen damit zutage getreten, deren wesentliche Differenz sich vor allem an der Frage der kommunikativen Selbstverortung des Theologen bzw. der Theologin festmachen lässt. Die Pastorin Frau Gantenbein hatte danach gestrebt, einen erkennbaren Eigenbeitrag mittels fachlichen Falleinschätzungen zu erbringen, die stets eindeutig als theologische qualifiziert sind. Als Vertreterin einer religiösen Organisation sei sie dafür Expertin, die Inhalte, für die diese Organisation steht, offensiv zu vertreten. Wenn sie diesbezüglich vom Theologisch-Ethischen sprach, sind darunter wohl Themenbestände zu verstehen, die bei der von uns verwendeten Unterscheidung auf die Seite des explizit Religiösen gehören dürften. Das erhellt unter anderem daraus, dass sie im gleichen Atemzug von der Kirche sprach: Wie kann man das theologisch sehen, was sagt die Kirche dazu? Damit ist das Phänomen der Religion, mit dem es die Theologie zu tun hat, rein auf den Bereich des Expliziten oder Sichtbaren normativ festgelegt. Diese Erscheinungsform der Religion ist nun aber nicht ohne weiteres in die Kommunikation innerhalb eines säkularen Gremiums zu integrieren. Infolge dessen kann auch der- oder diejenige, die ihre Rolle hauptsächlich darüber zu entwerfen sucht, darin kaum Anschlussmöglichkeiten finden. Ihr Rollenbild zwingt somit Frau Gantenbein zur Inkaufnahme einer massiven Integrationsschwierigkeit. Denn diejenige Funktion, die sie einzunehmen sich müht, ist aus der Sicht der anderen Komiteemitglieder faktisch obsolet; die Verwirklichung ihrer Auffassung der eigenen beruflichen Rolle prallt an der kommunikativen Eigengesetzlichkeit des Gremiums gleichsam ab. Dieser Sachverhalt bleibt auch ihr nicht verborgen, da sie nicht umhin kommt zu bemerken, dass sie nicht in der Form agieren oder kommunizieren kann, wie sie sich das eigentlich vorgestellt hat. Weil sie aber keine Bereitschaft zeigt, sich den Anforderungen der komitee-internen Kommunikation anzupassen, folgt für sie bloß die resignative Konsequenz, ihre Mitarbeit darin niederzulegen. Die Chance zur Mitgestaltung gibt sie freiwillig auf, weil die von ihr wahrgenommene Diskrepanz zwischen Auftrag und Wirklichkeit sich nicht mit ihrem eigenen

Berufsethos deckt. Wenn „der Prophet im eigenen Land nichts mehr gilt", bleibt ihm so nur mehr die Kapitulation.

Für die übrigen Theologen stellte sich die Situation deutlich anders dar. Zwar teilen sie mit Frau Gantenbein die positive Bewertung der Einrichtung des Ethik-Komitees; im Unterschied zu ihr haben sie jedoch darüber hinaus eine affirmative Sicht auf die eigene Beteiligung und ordnen ihr professionelles Handeln den Kommunikationsbedingungen dieses Gremiums ein. Es scheint, dass die Möglichkeit dazu nicht unwesentlich durch eine bestimmte Auffassung von Theologie mitbedingt ist. Wie bereits gesagt, lässt Frau Gantenbein in den Interviews nicht erkennen, mit einer Unterscheidung von Theologie und Religion oder expliziter und impliziter, sichtbarer und unsichtbarer Religion zu hantieren. Als Theologin sei sie für „das" Theologische zuständig, was sich in eindeutig ausweisbaren Kommunikationsbeständen manifestieren soll. Demgegenüber operieren die anderen theologischen Teilnehmer mit eben einer solchen Differenz. Das wurde daran deutlich, dass etwa Herr Kamm dezidiert zwischen expliziten und impliziten Vorkommen von Religion unterschied. Indem er diese Multiperspektivität mitführt, kann er bestimmte Kommunikationsbestände als religiöse wahrnehmen, die für Frau Gantenbein erst noch der theologischen Durchdringung harren. Erinnert sei an die Problematik der Menschenwürde: Während Frau Gantenbein das Ganze erst einmal theologisch durchdeklinieren wollte, um einen religiösen Bezug herzustellen, war Würde für Herrn Kamm per se religiös konnotiert. Diese Tiefenschärfe ließ ihn denn auch das Terrain, auf dem sich hier bewegt wurde, leicht mit seiner spezifischen Berufsrolle zusammenbringen.

In eine ähnliche Richtung weisen Stellungnahmen von Herrn Possner und Herrn Horn. Für letzteren war es völlig selbstverständlich: „Das Religiöse ist doch nach wie vor heutzutage Privatsphäre". Herr Possner hielt fest, sein Beitrag wäre nicht „irgendwie jetzt religiös geprägt" zu verstehen. Sie sind sich also durchaus dessen bewusst, dass sie sich als Theologen im Klinischen Ethik-Komitee in einem Kontext bewegen, der religiöse Kommunikation nicht ohne weiteres direkt zulässt. Dieser Umstand bedeutet aber nicht die Irrelevanz theologischer Partizipation in solchen Gremien. Das haben wir eingangs aus soziologischer Perspektive vorausgesetzt und davon gehen auch die hier dargestellten Theologen aus. Das Fehlen religiöser Kommunikation ist nicht gleichzusetzen mit einem totalen Fehlen religiöser Einbettung. Herr Possner stellte diesbezüglich fest: „Durch meine Person und mein Amt denken sich das [sc. den religiösen Bezug] die Leute wahrscheinlich auch, dann brauch ich es nicht einmal sagen". Die theologische Mitgestaltung steht also immer schon unter einem bestimmten Licht und bedarf daher keiner fortwährenden zusätzlichen Illumination, um als solche sichtbar gemacht zu werden. Die Selbstverständlichkeit mit der Theologen trotz dieses latent bleibenden Religionsbezugs häufig als Mitglieder in Klinischen Ethik-Komitees erscheinen, weist auf eine – wenn auch unterschwellige – Bedarfslage

hin. Diese benötigt aber keine permanente Aktualisierung. Sinnstiftende Ressourcen stehen quasi bereit, müssen aber nicht jederzeit abgerufen werden, sondern fungieren als sichernde Faktoren im Hintergrund. Wo sie von theologischer Seite unnachgefragt in die Kommunikation gehoben werden, verursachen sie eher Irritation oder man geht einfach über sie hinweg.

Dieses Ergebnis ist im Blick auf eine konkrete Umgebung gewonnen. Von daher muss man bei verallgemeinernden Schlussfolgerungen sicherlich Vorsicht walten lassen. Dennoch können daraus eventuell weiterführende Überlegungen hinsichtlich der Rolle von Theologen und Theologinnen in bestimmten Kontexten der Gesellschaft angestellt werden. Manfred Josuttis hat 1982 in einer viel beachteten pastoraltheologischen Studie mit dem Titel „Der Pfarrer ist anders" die These aufgestellt, dass für diesen eine „Existenz im Widerspruch" konstitutiv sei: „Er möchte Prophet sein und arbeitet faktisch als Priester. Dieser Widerspruch enthält zwei Aspekte. Der eine betrifft den Pfarrer selber, der in diesem Widerspruch seine Arbeit verrichtet. Wenn er die prophetische Absicht, gegen verstümmelte Erwartungen seinem Auftrag zu folgen, nicht aufgeben will, wie kann er dann diese Existenz im Widerspruch interpretieren? Muß er sich als einen Menschen betrachten, der sich aus ökonomischen Gründen angepaßt hat, der gar käuflich geworden ist? Muß er den Verdacht, den er unbewußt gegen sich selber hegt, durch eine überforsche Konfliktbereitschaft widerlegen? Oder ist er fähig, diese Widersprüchlichkeit einer pastoralen Existenz wahrzunehmen, zu ertragen und in Grenzen für die Arbeit fruchtbar zu machen?"[17] Die Theologisierung der pastoralen Rolle des Pfarrers ist als Folge der Dialektischen Theologie ein zutiefst modernes Phänomen. Sie ist aber mit dem Problem behaftet, dass eigene Proprium nur im Gegensatz zu derjenigen Gesellschaft entwerfen zu können, deren Teil man faktisch zugleich ist. Will man jedoch in ihr auf konstruktive Weise tätig sein, dann kann die konstitutive Widersprüchlichkeit pastoraler Existenz weniger in einer bekenntnisartigen Selbstisolierung liegen. Denn auch eine kritische Existenz als „Prophet" kommt nicht umhin, institutionelle Rollenbedingungen anzuerkennen, wobei eine solche Anerkennung nicht zwangsläufig unter pejorativem Vorzeichen gedeutet werden muss. Denn mit ihr geht zum Teil überhaupt erst die Möglichkeit einher, dass die eigene Stimme – durchaus auch im Widerspruch – Gehör finden kann.

[17] Josuttis, Manfred (1982): Der Pfarrer ist anders. Aspekte einer zeitgenössischen Pastoraltheologie, München, 47.

Anne Brisgen

Authentizität und Organisation

Zur Rolle von Krankenhausseelsorgerinnen und Krankenhausseelsorgern in Klinischen Ethik-Komitees.

1. Ausgangspunkt

Mit diesem Beitrag soll versucht werden, für das Nachdenken zur Rolle von Krankenhausseelsorgerinnen und Krankenhausseelsorgern in Klinischen Ethik-Komitees statt der Dogmatik die Poimenik als Referenzwissenschaft zu benutzen. Ein Wechsel des theoretischen Bezugsrahmens erweist sich insbesondere dadurch als interessant und fruchtbar, als für Klinische Ethik-Komitees aufgrund der Beobachtungen innerhalb des Projektes: „*Klinische Ethik-Komitees: Weltanschaulich-konfessionelle Bedingungen und kommunikative Strukturen ethischer Entscheidungen*“ eine Kommunikationstheorie zu Grunde gelegt werden kann. Angesichts des Eindruckes von sich ergebenden Antinomien der Rollenerwartung an Theologinnen und Theologen als Mitglieder Klinischer Ethik-Komitees und deren empirischer Rolle soll durch einen veränderten theoretischen Interpretationsbezug nachfolgend der Versuch unternommen werden, das beobachtete Verhalten der Theologinnen und Theologen in Klinischen Ethik-Komitees gespiegelt vor ihrem Selbstverständnis im Blick auf die Kommunikationstrukturen in Klinischen Ethik-Komitees (neu) zu deuten.

Im Einzelnen soll dies geschehen, indem zunächst die rechtlichen und organisationellen Grundlagen der Arbeit von Theologinnen und Theologen als Seelsorgerinnen und Seelsorger und deren Eingebundensein in die Institution Krankenhaus näher betrachtet werden und anschließend anhand des empirischen Materials ein Blick auf ihre Rolle und ihr Selbstverständnis im Krankenhaus und im Klinischen Ethik-Komitee eröffnet wird, durch den Möglichkeiten der weitergehenden Interaktion sichtbar werden können.

2. Zwischen der Institution Kirche und der Organisation Krankenhaus

Michael Klessmann konstatiert im Handbuch der Krankenhausseelsorge, dass durch die Geschichte der Seelsorge ein „Wandel von der Krankenseelsorge zur Kranken*haus*seelsorge“[1] stattgefunden hat. Dieser Feststellung kann man sich nur schwer entziehen, zumal, wenn genauer darauf geschaut wird, welche Kompetenzen Seelsorgerinnen und Seelsorger für die Arbeit im Krankenhaus benötigen. Wolfgang Huber formuliert dementsprechend im Vorwort der Leitlinien zur Krankenhausseelsorge: „Krankenhausseelsorge [ist ein] wesentliche[r] Bestandteil [des] kirchlichen Auftrages“[2]. Wie aber ist die Einbindung und die Aufgabe einer Seelsorgerin oder eines Seelsorgers im Kontext der Organisation Krankenhaus zu beschreiben?

„Faktisch wird die konkrete Seelsorgearbeit im Krankenhaus [...] nachhaltig durch die Organisation Krankenhaus und die Organisation Kirche geprägt“[3] stellt Andreas Heller fest. Grundsätzlich sind Krankenhausseelsorgerinnen und Krankenhausseelsorger also Teil des Organisationsgefüges Krankenhaus, weil sie in dieses System qua Dienstbereich sozial und funktional eingebunden sind. Sie kooperieren selbstverständlich und im Sinne ihres Auftrages mit allen Berufsgruppen, die im Umfeld Krankenhaus anzutreffen sind. Vor allem Patientinnen und Patienten, die in ein Krankenhaus eingewiesen werden, aber auch ihre Angehörigen, können somit neben der professionellen Diagnostik und Behandlung auf medizinischer und pflegerischer Ebene auch persönlichen und menschlichen Beistand erwarten. Diesen decken natürlich nicht allein die Seelsorgerinnen und Seelsorger ab[4], von ihnen kann allerdings ganz besonders

[1] Vgl. Klessmann, Michael (2001) (Hg.): Handbuch der Krankenhausseelsorge, Göttingen, S.14.

[2] Vgl. Kirchenamt der EKD (2004) (Hg.): Die Kraft zum Menschsein stärken – Leitlinien für die evangelische Krankenhausseelsorge. Eine Orientierungshilfe, Hanover, S. 7.

[3] Vgl. Heller (2003): In organisatorischen Widersprüchen handeln. Zum Organisationsbezug in der Krankenhausseelsorge, in: Ders./ Krobath, Thomas (Hgg): OrganisationsEthik. Organisationsentwicklung in Kirchen, Caritas und Diakonie, Freiburg i. Br., S. 305.

[4] Ergänzend hierzu: „Gute Medizin, gute Pflege und gute Seelsorge gehören zusammen“, vgl. Kirchenamt der EKD (2004), 14.

eine professionelle Befähigung[5] im Umgang mit den Patientinnen und Patienten in dieser Lebenssituation erwartet werden. Der professionsspezifische Zugang von Seelsorgerinnen und Seelsorgern im Krankenhaus hebt sich äußerlich gesehen zunächst nur marginal von dem anderer Professionen im Krankenhaus ab, wird jedoch bewusst in die Selbstdarstellung integriert:

> „Wobei ich denke, es schaut jede Berufsgruppe, oder jeder Vertreter von einer Berufsgruppe schaut schon dahin, dass es um den Menschen geht, und in manchen Fragen denke ich, haben wir einfach noch mal einen bisschen anderen Ansatz. Und das ist wichtig, dass der einfach gehört wird." (B-EH-2, 595-598)

Bei wem und wann allerdings seelsorgliche Zuwendung und Begleitung nötig wird, ist eine Ermessensentscheidung der vor Ort tätigen Seelsorgerinnen und Seelsorger, bei der das Gespräch mit allen anderen Berufsgruppen der Ausgangspunkt sein könnte - auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Krankenhauses können jederzeit Begleitung und Trost durch die Seelsorgerinnen und Seelsorger vor Ort einfordern. Letztlich sind sie Ansprechpartner für alle vor Ort, was wiederum im Selbstverständnis auch anklingt:

> „wie weit kann ich Patienten, Patientinnen, wie weit kann ich Angehörige, manchmal auch Schwestern und Ärzte einfach ein Stückchen begleiten, hinführen, wo so auch deren Nöte sind" (B-HB-2, 141-144)

Grundlage für die Arbeit im Krankenhaus ist das Recht des Einzelnen / der Einzelnen auf Religion und Ausübung derselbigen, wie es im § 4 des Grundgesetzes unter der, herkömmlich so genannten, Überschrift Religionsfreiheit vorgesehen ist. „Den Staat trifft die Pflicht, die Ausübung der Grundrechte auch innerhalb öffentlicher Anstalten, zu denen die Krankenhäuser gehören, zu ermöglichen. Diese Verpflichtung findet unter ausdrücklicher Erwähnung des Krankenhausbereiches ihren Niederschlag in Art. 141 der Weimarer Reichsverfassung (WRV), der über Art. 140 GG in das Grundgesetz inkorporiert ist sowie daran anknüpfend in viele Landesverfassungen und Staatskirchenverträge."[6] Dies ist durch die kirchliche Präsenz vor Ort und deren prinzipiell interkonfessionelle Ausrichtung ermöglicht. Ansatzpunkt dafür ist ein konstruktiver Dialog und eine professionelle Zusammenarbeit aller Berufsgruppen im Umfeld Krankenhaus, sowie zwischen den Krankenhausträgern und der Institution Kirche. „Die Krankenhausseelsorge kann zur inneren Balance und zum Kräftehaushalt aller Beteiligten beitragen. Ihr ist dies ungeachtet ihrer organisatorischen Einbindung in die Klinikprozesse möglich, insbesondere durch

---

[5] Im Sinne der Qualitätssicherung ist allen im Feld der Krankenhausseelsorge Tätigen die Weiterbildung Krankenhausseelsorge anempfohlen. Dazu unterhalten die Gliedkirchen der EKD zumeist sog. KSA [=Klinische Seelsorgeausbildung] - Institute bzw. kooperieren untereinander, um die Aus-, Fort- und Weiterbildung in diesem Bereich sicher zu stellen.

[6] Vgl. Kirchenamt der EKD (2004), 30.

ihre institutionelle Eigenständigkeit in der Klinik. So sehr sie den klinischen Alltag mit tragen und entlasten soll, so sehr soll sie aber auch eine schöpferische Unruhe stiften [...].“[7] Krankenhausseelsorge versteht sich diesbezüglich als Arbeitsfeld, welches von den einzelnen Landeskirchen aus Freiheit und eigener Begründung heraus betrieben wird, denn den Auftrag zur Seelsorge können sich professionelle Krankenhausseelsorgerinnen und Krankenhausseelsorger nicht selbst geben: sie erhalten ihn in einer Mandatsübertragung durch ihre jeweilige Landeskirche - ihre Arbeit erfolgt also im kirchlichen Auftrag. Mit diesem Akt sind sie anderen Professionen und Berufsgruppen innerhalb des Krankenhauses gleichgestellt und dennoch unterschieden von ihnen, da das Mandat zur Voraussetzung ihrer Arbeit von der außen stehenden Institution Kirche übertragen wird. Diese Mandatsübertragung erfolgt jedoch nur auf verbindlicher Grundlage einer Ausbildung und damit verbundener Sensibilität für die Erfordernisse und Gegebenheiten der Organisation Krankenhaus[8]. Zugleich erleben sich Seelsorgerinnen und Seelsorger somit in der Spannung, immer neue Kompetenzen erwerben zu müssen, um auf die starke Dynamisierung des medizinischen und technischen Fortschrittes im Krankenhaus angemessen reagieren zu können. Gerade soziale und kommunikative Kompetenzen sind Voraussetzungen dafür, dass Seelsorgerinnen und Seelsorger im komplexen System Krankenhaus anerkannt sind und nötigenfalls intervenieren können. Wichtig ist dabei, dass sie lernen, die Eigenlogik des Organisationsgefüges Krankenhaus zu verstehen und ihr eigenes Handeln immer wieder selbstkritisch zu reflektieren. Die Verantwortung für die Arbeitsformen und organisatorischen Vereinbarungen zum Einsatz übernimmt dann in der Regel der kirchliche Anstellungsträger[9] - entwickelt und erarbeitet werden sie jedoch gemeinsam von und zwischen Anstellungsträger, Krankenhausleitung, Krankenhausseelsorgerinnen und Krankenhausseelsorgern sowie anderen im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen. Zudem werden durch immer stärkere Professionalisierung und Strukturoptimierung in den Krankenhäusern und dem Gesundheitswesen zumeist verbindliche Rahmenbedingungen festgelegt, auf deren Grundlage Fragen der Wahrnehmung und Organisation von Krankenhausseelsorge geklärt und Konflikte bearbeitet werden können.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass professionelle Krankenhausseelsorge in der Regel in kirchlichem Auftrag erfolgt und von dorther ihre inhaltliche Bestimmung und institutionelle Freiheit erfährt, so legt dies ein Seelsorger auch bezüglich der eigenen Rollenwahrnehmung dar:

[7] Vgl. Kirchenamt der EKD (2004), 19.

[8] Hierbei handelt es sich um Grundkenntnisse über politische und ökonomische Bedingungen des Gesundheitswesens, Grundwissen über Krankheits- und Therapieverläufe und Kenntnis der strukturellen Gegebenheiten und organisatorischen Abläufe.

[9] Zumeist sind diese Stellen in Trägerschaft der mittleren kirchlichen Handlungsebene - Kirchenkreise, Superintendenturen, Dekanate ö.Ä.

> „Begleitung eines Patienten, oder eines Gemeindemitglieds, Krankenbesuche, Erkrankung war immer ein Teil auch der Arbeit in der Seelsorge in der Gemeinde“ (B-HB-2, 43-45)

Sie ist also ein spezielles Aufgabengebiet der Institution Kirche und dennoch zugleich auch ein Qualitätsmerkmal der Organisation Krankenhaus. Beides ergibt zusammen ein Bedingungsgefüge, denn „weil sich der Kontext Krankenhaus verändert, wird die Seelsorge zur Veränderung gezwungen.“[10] Für das konkrete Interagieren von Seelsorgerinnen und Seelsorgern hat dies Konsequenzen: all ihr Tun bewegt sich im „Zwischenraum“[11] bzw. in der Spannung und der Schnittstelle zwischen beiden. Gerade in der Auseinandersetzung mit anderen Berufsgruppen im Krankenhaus ist deutlich, dass sich ärztliche, pflegerische und seelsorgliche Kompetenz in ihrer ethischen und kommunikativen Grundhaltung, bspw. in Bezug auf Achtsamkeit, Einfühlungsvermögen oder Respekt vor den Patientinnen und Patienten in ihrer Individualität, überschneiden und entsprechen, gleichzeitig jedoch unterscheiden und ergänzen sie sich auch voneinander nach ihren Schwerpunkten. Insbesondere für die Seelsorge gilt: „für das Vertrauen, das den Seelsorgerinnen und Seelsorgern entgegengebracht wird, ist ungeachtet aller notwendigen Einbindung in die Krankenhausprozesse und Zusammenarbeit mit den anderen Professionen im Krankenhaus die Eigenständigkeit und Unabhängigkeit gegenüber den anderen Diensten im Krankenhaus wichtig.“[12] Im Zuge dessen versteht sich Krankenhausseelsorge immer stärker als „Anwältin der personalen Dimension“[13] innerhalb der Organisation Krankenhaus. Daraus resultiert ein Qualifikationsmerkmal, welches Krankenhausseelsorgerinnen und Krankenhausseelsorger von anderen Mitgliedern im Klinischen Ethik-Komitee grundlegend unterscheidet: sie sind anders als alle anderen Berufsgruppen in den Kontext Krankenhaus eingebunden und können so aus ihrem spezifischen Auftrag heraus freier agieren als andere.

Für den weiteren Fortgang der Erwägungen ergibt sich nun die Frage, inwiefern dies im Klinischen Ethik-Komitee zum Tragen kommen kann oder kommt. Dazu ist es zunächst nötig, aus dem empirischen Material die Selbstbeschreibung von Seelsorgerinnen und Seelsorgern in den Blick zu nehmen, einerseits im Hinblick auf ihre Arbeit im Krankenhaus und andererseits im Hinblick auf ihr Wirken im Klinischen Ethik-Komitee.

[10] Vgl. Heller (2003), 307.
[11] Vgl. Klessmann (2003), 411.
[12] Vgl. Kirchenamt der EKD (2004), 11.
[13] Vgl. Kirchenamt der EKD (2004), 28.

3. Seelsorgliches Handeln im organisationalen Umfeld

Gegenwärtige Diskurse zu Seelsorgekonzepten sind von der Feststellung geprägt, dass es kein geeintes gemeinsames Seelsorgemodell gibt, sondern viele verschiedene Konzepte mit unterschiedlichen Akzentsetzungen. Vorzufinden ist eine immer weiter fortschreitende Ausdifferenzierung der Ansätze und damit einhergehend konzeptionelle Pluralität. Als Herausforderungen moderner protestantischer Poimenik sind sowohl die Erkenntnisse der modernen Psychologie als auch die Säkularität modernen Lebens auszumachen. Einerseits formen psychologische Erfahrungen und Kenntnisse in vielerlei Hinsicht modernes Leben, andererseits sind „religiöse Entfremdung und praktische Entkirchlichung“[14] prägende Stichworte, ebenso auch die Verarbeitung kollektiver und individueller Bedrohnisse angesichts fortschreitender Technisierung und damit verbundenen Machbarkeitsphantasien und -befürchtungen sowie Katastrophenerfahrungen, welche die Sicht auf existenzielle Fragen verändern und zugleich auch massiv christliche Gottesbilder in Frage[15] stellen. All dies kommt gleichfalls im Handlungsfeld Krankenhaus zum Tragen und schärft einerseits die Sensibilität des Kommunikationsverhaltens von Krankenhausseelsorgerinnen und –seelsorgern, andererseits entstehen somit unauflösbare Widersprüche zwischen Anspruch und Wirklichkeit.

Zutreffend formuliert Andreas Heller die Aufgabe der Seelsorge im Krankenhaus als Plausibilisierung des Christlichen[16]. Eingebunden in die Strukturgegebenheiten der Organisation Krankenhaus kann Seelsorge verstanden werden „in Analogie zum mitgehenden Gott Israels - als Begleitung von Menschen in der Krise [...] mit dem Ziel, die Not des anderen mit auszuhalten und mit ihm zusammen an einem umfassenden Verständnis dessen, was [...] Leben bedeuten kann, zu arbeiten.“[17]

> „einfach offen [...], große Ohren, große Augen, einen großen Mund [...] und ein weites Herz. Und :da steckt für mich so die ganze Menschlichkeit auch drin, einfach offen sein, dass ich wahrnehme, was um mich herum vorgeht.“ (E-HB-2, 73-76)

So beschreibt ein Seelsorger seinen Dienst, dem korreliert, dass ein Kollege die Institution Kirche aus seinem eigenen Empfinden heraus als:

> „spannender als woanders, weil ich also hier eine Offenheit erlebe [...], die wohl tut.“ (B-EH-1, 189-191)

---

[14] Vgl. Ziemer, Jürgen (2004): Seelsorgelehre, Göttingen, S. 81.

[15] Jürgen Ziemer spricht davon, dass, wenn die Welt nicht mehr „gottfarben“ ist, die Seelsorge in ganz besonderer Weise ihren Zugang zu den Menschen und ihren Erfahrungen überprüfen muss, vgl. Ziemer (2004), 80.

[16] Vgl. Heller (2003), 308.

[17] Vgl. Klessmann, Michael (1990): Art. Krankenhausseelsorge. In: Theologische Realenzyklopädie, Band XIX, 673.

wahrnimmt. Offenheit scheint also aus zwei Perspektiven heraus wichtig und grundlegend zu sein: einerseits im Hinblick auf die Grundhaltung, die in der Institution Kirche als Basis der Arbeit vermittelt wird und andererseits in Bezug auf die Grundhaltung gegenüber rat- und hilfesuchenden Menschen innerhalb der an rationalen Kriterien orientierten Organisation Krankenhaus.

3.1 Kontextualisierung

Seelsorgliche Situationen entstehen an den Schnittpunkten des Lebens. Menschen suchen Rat und Hilfe, weil sie das Bedingungsgefüge ihrer individuellen Problemlagen erkennen und deuten lernen wollen. Dabei spielen sowohl gesellschaftliche, als auch politische; ökonomische als auch soziale; persönliche als auch interkulturelle Kontexte eine starke Rolle. So berichtet ein Seelsorger von sich:

> „da habe ich dann schon gemerkt, dass es wichtig ist, also den ganzen Kontext zu sehen" (B-WG-1, 172.173)

Gerade durch Umstände, die einen Aufenthalt im Krankenhaus notwendig machen, entstehen Brüche in den Wahrnehmungen eigener Identitäten und zeigen sich Problemzusammenhänge menschlichen Lebens ganz ungeschützt. In jeder seelsorglichen Situation müssen die Strukturen dieser Bedingungsgefüge sensibel entdeckt und gedeutet werden. Dabei ist nicht nur die Deutung und die damit verbundene Hilfe innerhalb der Kontexte der Ratsuchenden von Bedeutung, sondern eben auch, wie bereits einleitend erwähnt, die Einbeziehung von Ansichten und Betrachtungsweisen, die von anderen Berufsgruppen im Krankenhaus wahrgenommen werden. Zu diesem Aspekt äußert sich ein Seelsorger folgendermaßen:

> „Aber ich denke, das geht daher, dass wirklich auch der Seelsorgebegriff eben weiter ist, als jetzt eben so diese Christenwelt, diese Glaubensformen, von daher ist das ein wirklich weiterer Blick auf den Menschen, und ich denke, was ich Gott sei dank mit vielen anderen Disziplinen auch, was man dann auch gemeinsam hat." (E-HB-6, 314-318)

Mit dieser Aussage wird der seelsorgliche Aufgabenbereich auf die Hilfesuchenden hin geöffnet, die seelsorgliche Begleitung in Anspruch nehmen wollen. Interessant (und wohl auch gängige Praxis in den Krankenhäusern) ist daran, dass der seelsorgliche Auftrag hier v.a. im Kontext der unterschiedlichen Berufsgruppen innerhalb der Organisation Krankenhaus konfessionsübergreifend verstanden wird und auch konfessionslose Patientinnen und Patienten einbezieht. Im Zusammenhang dieser Aufgabenbeschreibung scheint sich auch folgende Aussage eines anderen Seelsorgers wiederzufinden:

> „wir haben eine Aufgabe, wir haben die Aufgabe, eine, wie soll ich sagen, einer Krisenintervention" (B-WG-1, 90/91)

Offensichtlich scheint die Selbstwahrnehmung evangelischer Seelsorgerinnen und Seelsorger dann auch genau dies zu reflektieren, denn wiederum ein anderer Seelsorger erläutert, quasi ergänzend:

> „mit Menschen [...] dran zu bleiben, mit denen da drüber zu reden, nachzudenken und auch Möglichkeiten auszuschöpfen. Das war für mich einfach wichtig, [...] und was ich jetzt im Krankenhaus mache, ist genau das." (B-EH-2, 40-44)

Auch religionssoziologische Reflexionen können im Rahmen einer Kontextualisierung ihren Platz haben:

> „Ja, ist hier vielleicht tatsächlich ein ostdeutsches Problem. Wenn ich zum Patienten sage, ich komme als Seelsorger, dann wird sofort abgeblockt-, nein! Also, es wurden eine Zeit lang alle Patienten gefragt, ob sie Seelsorge wünschen, und es haben fast alle Patienten [zitiert] Nein, gesagt. Einfach, weil sie mit Kirche nichts zu tun haben wollen, weil sie da nicht vereinnahmt werden wollen, das ist ein Kapitel, wo sie ablehnen [...]. Also das ist hier wirklich so eine Erfahrung, mit Kirche will ich nichts zu tun haben." (B-EH-2, 392-397.404)

Sich selbst und den umgebenden organisationellen Kontext genau beobachtend wird allerdings auch gesellschafts- und sozialkritisch angemerkt, dass seelsorgliche Aufmerksamkeit und Sensibilität gerade im Krankenhaus vonnöten sind, wenn:

> „Menschen herkommen, weil sie vielleicht hier so den letzten Rettungsanker sehen mit Lebensgeschichten, die schon oft auch sehr zerbrechlich sind, und oft auch am Zerbrechen sind" (B-HB-2, 137-140)

Die je eigene und auch die fremde Identität eines Menschen wird letztlich vor allem an den Bruchstellen des Lebens als fragmentarisch wahrgenommen und erlebt, und fordert so seelsorgerliche Zuwendung in besonderer Weise. Nach Henning Luther meint Fragmentarität des Lebens die Andeutung und Ahnung eines im Augenblick nicht vorfindlichen Ganzen, denn „die nicht vorhersehbare und planbare Endlichkeit unseres Lebens, die jeder Tod markiert, läßt unser Leben immer zum Bruchstück werden"[18]. In diesem Zusammenhang scheint es mir hilfreich zu sein, Henning Luthers Unterscheidung zwischen Alltagssorge und Seelsorge aufzugreifen und zu bedenken: „Seelsorge, die sich kritisch von Alltagssorge absetzt, erlaubt nicht länger, sich über die Normalität unserer Alltagswelt zu beruhigen und der Illusion einer heilen Welt anzuhängen. Eine solidarische Begegnung mit dem Anderen hindert uns, das Leiden der Anderen nur als deren persönliches Problem, als deren Mangel anzusehen."[19] Dem Anderen entgegen zu treten als „interessierter Fremder" scheint somit die Grundaufgabe seelsorglichen Handelns darzustellen, gleichzeitig ist jedoch auch

[18] Vgl. Luther, Henning (1991): Leben als Fragment. Der Mythos von der Ganzheit. In: Wege zum Menschen 43. Jg., 266.

[19] Vgl. Luther, Henning (1992): Religion und Alltag. Bausteine zu einer Praktischen Theologie des Subjekts, Stuttgart, 238.

deutlich, dass die seelsorgliche Aufmerksamkeit im Krankenhaus ihre Grenzen hat:

> „[...] so ein Stückchen Arbeit am Gewesenen, um für die Zukunft dann ein Stückchen sensibler zu sein." (B-HB-2, 549-560)

Sie ist ganz eindeutig keine bloße Fortsetzung der Gemeindeseelsorge, sondern bearbeitet einen eigenen Bereich mit eigenen Anforderungen und eigenen strukturell vorausgesetzten Vorbedingungen. Dabei spielt die Thematisierung der christlichen Wurzeln eine Rolle, sie ist aber den Problemkontexten der Ratsuchenden untergeordnet. Zugewandtheit zum Menschen als Ermutigung der eigenen Person mit den eigenen Fragestellungen spielt hier eine deutliche Rolle, denn Seelsorge hat unter diesem Stichwort den einzelnen Menschen vor Augen: nicht seine Religiosität, sondern seine Hilfebedürftigkeit. Gedanken von Integration, Gemeinschaft und Geborgenheit angesichts komplexer persönlicher Problematiken und Fragestellungen zu vermitteln, hat angesichts dessen Priorität. Im Grunde:

> „geht es ja darum, im Christentum geht es ja auch um Gemeinschaft, sozusagen, also, dass jeder ein ädaquates Äquivalent ist zum anderen, und dass auch, dass man sich gegenseitig auch ermutigt, die Aufgaben des Lebens anzupacken" (B-WG-1, 38-41)

Festzuhalten bleibt, dass die seelsorgliche Praxis nicht zu einer „leicht angepassten Pragmatik mit nur allgemeinen (abstrakt-theologischen) Zielvorstellungen, denen dann leicht eine sehr konkrete Gleichgültigkeit gegenüber weltanschaulich differenzierenden Fragestellungen korrespondiert"[20] werden soll. Es geht um authentische Auseinandersetzung mit den Fragestellungen, die von den Ratsuchenden mitgebracht werden. Seelsorge allgemein und speziell im Kontext Krankenhaus ist somit grundlegend als eine inhaltlich bestimmte Interpretations- bzw. Betrachtungsweise zu verstehen, die Verbindungen zwischen den verschiedenen Kontexten menschlichen Lebens versucht herzustellen und deutend zu integrieren. In diesem Sinne will seelsorgliche Zuwendung zu einzelnen Menschen unter konstitutiver Berücksichtigung des jeweiligen sozialen und gesellschaftlichen Kontextes befreiend sein.

3.2 Wirklichkeitsverständnis

Aus der Wahrnehmung von Kontexten, die eine seelsorgliche Zuwendung bedingen, erwächst dann sowohl ein alltags- und sozialkritisches Potential als auch der Mut zur Anerkennung des begrenzten eigenen Wirkradius:

> „nein das-, ich weiß nicht, ob das alles zum Guten führt, das weiß ich nicht, aber, ich lebe auch dafür, und ich wüsste jetzt keine andere Alternative" (B-EH-1, 265-267)

[20] Vgl. Winkler, Klaus (2000): Seelsorge, Berlin, 243.

Gespeist ist beides aus der Thematisierung und Betrachtung der Wirklichkeit vor dem Hintergrund religiöser Deutungsmuster. Dies ist ein besonderer Zugang, der von Seelsorgerinnen und Seelsorgern eingebracht wird - keine andere Berufsgruppe im Krankenhaus kann dies in selbiger Weise professionell äußern.

> „Und ich habe halt ein Gottesbild, das eine unheimlich-, ich denke, eine unheimliche Weite hat, und da geht es weniger darum, so Vollzüge richtig durchzuführen, sondern da geht es mir um etwas anderes, da geht es ums Leben, Leben miteinander teilen, schauen, wo gelingt Leben, aber auch hinzuschauen, was-, wo ist Leben so misslungen, auch dafür zu schauen, ja, was brauche ich, wie kann ich da Gott bitten" (B-EH-2, 472-477)

Ein evangelischer Seelsorger beschreibt seine Aufgabe in diesem Zusammenhang als Anregung zu(r) Veränderung, als Möglichkeit, sich mit einem anderen Blick auf die eigene Lebenswirklichkeit von gesellschaftlichen Vorgaben und Normen reflektiert zu distanzieren und dabei die Hoffnung weiterzugeben, dass auch in bunter Verschiedenheit Zusammenhalt denkbar ist, so gesehen fungiert Kirche als Institution:

> „die so beständig und solid an den Grundwerten des Lebens festhält ohne, ich sag´s jetzt mal so, ohne Eigennutz, also ohne, ohne, sagen wir mal, damit reich werden zu wollen oder Geld zu machen oder Kapital rauszuschlagen." (B-EH-1, 124-127)

Dieser Einschätzung korrespondiert, dass in der poimenischen Debatte die Aufgabe seelsorglichen Handelns nahezu übereinstimmend als Eröffnung neuer Lebensperspektiven im Gegenüber zur Eindimensionalität eigenen Erlebens im Alltag verstanden wird, so auch in der Eigenwahrnehmung eines Seelsorgers:

> „Und für mich heißt schon auch Seelsorge immer wieder, hinzuschauen, was kann ich mit all der Verantwortung, die ich habe, mit einem Menschen eigentlich tun, und nicht zu schauen, welche Möglichkeiten bietet mir das Kirchenrecht, sondern zu schauen, welche Möglichkeiten bietet mir der Glaube?" (B-EH-2, 359-362)

Zugleich löst sie sich auch von einer bloß technizistischen Krisenbewältigung, weil das Bemühen letztlich weiter reicht:

> „für mich war ganz wichtig, mit einem-, ja mit Menschen über Glaubensfragen nachzudenken und da dran zu bleiben, mit denen da drüber zu reden, nachzudenken und auch Möglichkeiten auszuschöpfen [...] mit Menschen über Glaubensfragen und Lebensfragen reden." (B-EH-2, 40-42.44)

Im Grunde geht es im seelsorglichen Miteinander um ein Geschehen, das von beiden Seiten, von der Seelsorgerin bzw. dem Seelsorger und der Patientin bzw. dem Patienten im Gespräch zusammen erzeugt wird, nämlich:

> „so miteinander auch ein Stück am Glauben zu wachsen" (B-HB-2, 216.217)

Um die Gottesdimension in diesem Sinne spürbar werden zu lassen, ist ein gegenseitiger Prozess nötig:

> „[...] aber ich denke, wenn die Menschen spüren, das tut mir gut, und das tut letztlich dem auch gut, um den es geht, dann ist Gott mit im Spiel." (B-HB-2, 402-404)

Seelsorge im Krankenhaus kann also auch beinhalten, christliche Deutungsangebote zu machen:

> „Also manchmal ist es so, die=die Nachfrage von Patientenseite da, und manchmal biete ich jemand auch an, zu sagen-, zu dem was sie mir jetzt mitgeteilt haben, erzählt haben, wenn sie wollen, können wir eine bestimmte Stelle verdeutlichen auch, also so, um den Zusammenhang zwischen Leben und Glauben ein Stückchen herzustellen."

Grundlage für diesen Zugang zum seelsorglichen Auftrag ist jedoch v.a. Reflexion auf die Basis des eigenen Handelns:

> „ich glaub das nicht als Idealismus, ich mach das aus einem :tiefen Glauben heraus, dass wir zwar die Welt nicht erlösen können, aber dass, dass wir-, dass man in diesem Glauben zu Gott ein, ein Erlöstsein findet, was einem Freiheit schenkt und auch Freiheit von einem selbst, so dass es viel leichter möglich ist, eine Gesellschaft menschlicher zu gestalten vielleicht [...], weil ich denke, das ist so das, was auch [das] Evangelium zum Aus- bringen, zum Ausdruck bringt, es geht natürlich um das Leben, was dient dem Leben, was macht Freude, was nimmt Angst" (B-EH-1, 203-207.209-212)

Authentisch mit den Wurzeln der eigenen Spiritualität umzugehen scheint dabei als Voraussetzung für die Arbeit als Seelsorgerin oder Seelsorger im Krankenhaus grundlegend zu sein:

> „Was ich vor allem mitbekommen habe, ist ein unheimliches Gottvertrauen, irgendwie wird es immer weitergehen, auch wenn ich in der Situation, in der ich gerade bin, keinen Ausweg sehe. Und das hat sich dann-, das ist die Grunderfahrung, die ich mitgebracht habe, und ich habe in meinem Leben selbst solche Punkte gehabt, und - ja, es hat sich eigentlich immer wieder als gut erwiesen, so einen Glauben zu haben, auch wenn es oft schwierig war in der Situation, und ich gedacht habe, irgendwo müsste ich ja was tun, aber das was ich so, oder das, was wir auch miteinander mit meiner Frau, wir uns in den Sinn gesetzt hatten, das ging so nicht, aber wir wussten auch nicht wie es geht, und es hat sich immer eine Lösung gezeigt, die letztlich dann gut war." (B-HB-2, 158-168)

Der Bezugsrahmen seelsorglichen Handelns ist die Religion, dabei erweisen sich Seelsorgerinnen und Seelsorgern v.a. mit ihrem ganz eigenen und persönlichen Zugang dazu als Experten des Religiösen:

> „es tut gut, in so einer Gemeinschaft zu sein, wo nicht alles in Frage gestellt wird. Daß man also auch sagt, ich darf mich da in den Glauben fallen lassen. Und das tut mir jetzt gerade auch gut! Also, ich=ich merke, wie ich da jetzt nicht mehr so alles hinterfragen muß, was ich

> im Studium, oder in der Schule hinterfragt habe, ich jetzt sage, es ist so, und es ist gut so! Also da würde ich jetzt vielleicht schon eher wieder eine=eine Richtung zu meinen Wurzeln finden, wo ich sage, ich bin überrascht, ich kann es jetzt sagen, ich darf es auch jetzt sagen! Es ist gut so!“ (B-EH-2, 178-185)

Gerade an diesem Punkt offen, ehrlich und authentisch mit den eigenen Zugängen, Erlebnissen und Zweifeln umzugehen, scheint mir implizit die Expertenschaft zu untermauern:

> „je klarer ich für mich bin, um so eindeutiger und einfacher ist es auch für die Leute, die da sind. Dass sie sich dem anschließen können und wenn ich nicht so recht weiß, soll ich, soll ich nicht, darf ich, darf ich nicht, dann werden auch Leute sich nicht entscheiden können.“ (B-HB-2, 489-492)

Der besondere Fokus, den Seelsorgerinnen und Seelsorger im Krankenhaus einbringen können, scheint die Dimension der Transzendenz und damit verbunden die Perspektive und Hoffnung auf deren Wirkmächtigkeit zu sein. Es ist nicht grundsätzlich notwendig, diese Dimension zu thematisieren. Sie ermöglicht jedoch einen ganz anderen, einen „gottfarbenen“[21] Zugang zu den Problematiken des Lebens, einen Zugang, der sonst in der Organisation Krankenhaus so nicht vorkommt und thematisiert werden kann. Im Zuge dessen versteht ein Seelsorger seine Aufgabe als:

> „Lebenshilfe, einfach, weil ich, ja Lebenshilfe halte ich für wichtig, und, also Lebenshilfe zu geben, ja auch vom Evangelium her“ (B-WG-1, 62.63)

Der kritisch-transzendierende Impuls der Seelsorge wird in der Praxis vor Ort, im Krankenhaus gerade deshalb relevant und explizit, weil Seelsorge immer mit Lebenssituationen zu hat, die aus den alltäglichen Lebensvollzügen herausfallen: da, wo es Brüche zur Kontinuität gibt und das Weitermachen fraglich wird. Seelsorge ist besonders im Krankenhaus Hilfe zur Bearbeitung und Bewältigung von Grenzsituationen des Lebens und Begleitung von unumkehrbaren existenziellen Gegebenheiten. Wichtig ist dabei oft nicht unbedingt das Angebot zur Kommunikation, sondern schlichte Anwesenheit auch angesichts schwer zu begreifender Lebensschicksale:

> „Das ist für mich keine Hilflosigkeit. Also ich denke, ich sehe das also als ein ganz aktives Dasein, also auch ohne etwas tun zu können, aber zumindest da sein, zur Zeit ist eine Patientin da, die ist im Sterben, da bin ich in der Regel vormittags und in der Regel auch nachmittags mal bei ihr am Bett, die kann sich von sich aus nicht mehr Kontakt aufnehmen, aber ich setze mich einfach dazu, singe mehr oder weniger mal einen Liedvers vor, oder bete ein Stück mit ihr und ansonsten bin ich da, streiche ihr über die Hand, bevor ich dann zum

[21] Vgl. Fußnote 92.

> Segen ein Kreuzzeichen auf die Stirn mache, und das ist für mich-, das ist ganz aktives Dasein." (B-HB-2, 440-447)

Nicht die Wiederherstellung von Alltäglichkeit und Normalität, nicht die Resozialisierung und Rehabilitierung ist im Blick, sondern der/die Betroffene, der/die im Augenblick ein Gegenüber braucht.

> „Und für mich heißt schon auch Seelsorge immer wieder, hinzuschauen, was kann ich mit all der Verantwortung, die ich habe, mit einem Menschen eigentlich tun, und nicht zu schauen, welche Möglichkeiten bietet mir das Kirchenrecht, sondern zu schauen, welche Möglichkeiten bietet mir der Glaube." (B-EH-2, 359-362)

3.3 Sprachfindung

Um im oben beschriebenen Sinne befreiend wirken zu können, kann ein Grundmoment seelsorgerlichen Handeln als das Prinzip des vom-anderen-her-Denkens beschrieben werden, wie dies Henning Luther in Anlehnung an den jüdischen Philosophen Emmanuel Lévinas veranschaulicht hat und so gehört neben der sensiblen Wahrnehmung von Kontexten und dem Einbringen eines anderen Wirklichkeitsverständnisses in Bezug auf religiöse Deutungsmuster auch die feinfühlige Hilfe zur Versprachlichung eigener Empfindungen und Gefühle. So ist es kaum verwunderlich, wenn ein Seelsorger seinen Impuls dementsprechend beschreibt:

> „ja eigentlich, Gespräche sind mir wichtig. Ich möchte da Menschen begleiten." (B-EH-2, 345.346)

Dies gelingt jedoch nur, wenn die Grundstruktur der eigenen Motivation und des eigenen Handelns nach außen sichtbar wird :

> „Und es ist ja auch jetzt wieder im Krankenhaus so, ich muß auf Patienten zugehen, um einen Kontakt herzustellen, und dann wird sich zeigen, ob ein Gespräch, und wie intensiv so ein Gespräch wird. Also diese, diese Auf-Menschen-Zugehen-Struktur, die ist jetzt in meinem Beruf da." (E-EH-2, 368-372)

Auf Menschen zugehen, ihnen die Gelegenheit bieten, ihre Themen im Gespräch anzubringen und zu reflektieren scheint Voraussetzung für eine gelingende Kommunikation zu sein, aber auch gerade an diesem sensiblen Punkt ist Authentizität gefragt:

> "ich erlebe, dass das Leben endlich ist, und auch für mich kann es ganz schnell endlich sein. Also, da verschieben sich eher die Perspektiven. Aber, dass es so ist, das kann ich ja nicht ändern. Es ist einfach so, ich muß irgendwann einmal sterben. Und, äh, ich =ich denke, es ist auch :mit so die Aufgabe eines Seelsorgers im Krankenhaus, diesen Weg zu begleiten, und Menschen zu helfen, jetzt zu akzeptieren, dass sie krank sind, und dass sie unter Umständen einen Weg gehen müssen, den sie bisher nicht wahrgenommen haben, weil sie

> sterben müssen. Also das ist für mich auch ein Stück Seelsorge, zu begleiten, dass sie das annehmen können. Das heißt, dass ich im Prinzip diese Frage :zulasse, was passiert, wenn ich jetzt sterbe. Also, dass ich da zuhören kann und dass ich mit Patienten darüber reden kann, was passiert jetzt, wenn ich sterbe. Während Angehörige das oft verdrängen. Also, man geht eher ins Krankenhaus und besucht den, um den noch aufzuheitern, und meine Aufgabe ist es nicht, die Patienten aufzuheitern, sondern die Frage mal stehen zu lassen. Und dann fangen Patienten auch an, da drüber zu reden. Aber, ja, das, ich denke, dazu habe ich natürlich die Hoffnung der :Auferstehung, ich glaube da dran, und das ist auch etwas, was mir Halt gibt, was mir Kraft gibt, wo ich dann auch Patienten diesen Mut weitergeben kann, oder da drüber reden kann." (B-EH-2, 206-223)

Entscheidend für eine symmetrische Kommunikation ist im Moment des Gesprächs die deutliche Wahrnehmung dessen, was die Anliegen des Gegenübers sind:

> „Na, in der Seelsorge geht es ja in erster Linie um den Gesprächspartner und erst in zweiter Linie um mich. Also, was tut dem Gesprächspartner jetzt gut? Und das wäre jetzt schon das Gespür im Verlauf des Gespräches, womit=womit kann ich so ein Gespräch beenden? Also das-, was tut jetzt dem Gesprächspartner gut, wie ich das Gespräch beende? Das kann durchaus einschließen, daß wir so ein Gespräch mit einem Gebet beenden, es kann auch sein, dass wir ein Gespräch mit einem Abendmahl beenden. Alles ist schon vorgekommen. Es-, muß ich aber auch jetzt gucken, ist das ein kirchlich gebundener Patient, welche=welche Sprache kennt er, welche Sprache versteht er" (B-EH-2, 377-385)

In diesem Zusammenhang meint Hilfe zur Sprachfindung helfende Begleitung in Krisen und an Knotenpunkten des Lebens. Vorausgesetzt wird dabei freilich, dass seelsorgliche Kommunikation nicht in einem in sich geschlossenen Kontext geschieht, sondern in die allgemeine lebensweltliche Kommunikation eingebettet ist:

> „Also ich denke, da kommt so in vielen Gesprächen einfach das auch zur Sprache, was so ansteht. Aber es gibt natürlich auch andere Gespräche, die so Oberfläche bleiben, aber ich denke, das ist auch in Ordnung, das muss nicht immer so tief gehen. Und es liegt manchmal nicht an mir, wenn mir jemand sagt, nee, mich nicht, ich kann nicht, so ist es." (B-HB-2, 107-111)

Schwierigkeiten für die Kommunikation ergeben sich allerdings aus der Tatsache, dass sich durch die Rationalisierungsmaßnahmen im Gesundheitswesen die Liegezeiten der Patientinnen und Patienten immer weiter verkürzen und so auch die Zeit, innerhalb derer Besuche und Gespräche stattfinden können, immer knapper wird. Gleichzeitig jedoch kann die Zeitknappheit aufgrund der Rationierunsgmaßnahmen auch Konstellationen erzeugen, in denen die Einmaligkeit der Situation des/der Einzelnen ganz besonders manifest wird, weil

damit ein Moment der Intimität und Verbundenheit generiert wird. So berichtet ein Seelsorger davon sogar wertschätzend:

> „Lebensgeschichten von Patienten sind für mich immer ein Geschenk. Manche Patienten sehe ich ein Mal, manche, die länger da sind, auch öfters, aber so sehr viele, ein Mal. Und dass Menschen sich in diesem einen Gespräch :so öffnen können, um mir ihr Leben zu erzählen, ich sage immer so ein Bild, die machen das Fenster ihres Lebens auf, lassen mich hineinschauen, manchmal sehr tief, und dann gehen sie wieder weiter. Und wenn ich das so vergleiche, ein bisschen mit Arbeit in der Gemeinde, da dauert's viel länger, und man kreist so umeinander, man beschnuppert sich, kann man mit dem, wie wird das sein, den sehe ich nächste Woche wieder. Und in der Klinik sagen manche Leute, zu ihnen kann ich es ja sagen. Das heißt so für mich, nächste Woche, oder nächstens sehen wir uns nicht mehr, und ich kann das alles, was ich da sage, auch dort lassen, und ich kann mich darauf verlassen aber auch, dass das bei der Seelsorge einen Ort hat, wo es nicht weitergeht. Das ist für mich ganz wichtig, dass so zu geben. Ja, und vom Menschen her, dass sie so die ganze Bandbreite von menschlicher Anteilnahme auch zeigen können, es können auch Männer mal in einem Mehrbettzimmer weinen, wenn die im Gespräch, so ganz plötzlich, sind, dann vergesse ich eigentlich so etwas, und das finde ich also ganz schön und wie gesagt, fast Gnaden, wenn mir jemand so etwas mir mitgibt auch als Geschenk. Von den Lebengeschichten und so Viten von Heiligen her, ist es oft schon sehr erstaunlich, was Menschen für eine Lebensgeschichte mitbringen, was sie mir davon erzählen, was ihnen wichtig ist [...]". (B-HB-2, 82-101)

Für eine gelingende Kommunikation im Sinne eines gemeinsamen Gespräches, in der jeder/jede Gesprächspartnerin/Gesprächspartner zu Wort kommen kann und auch eigene Worte findet ist Zeit für diesen Prozess ein äußerst wichtiges Kriterium. Ein Seelsorger äußert sich auch dazu und vermittelt an dieser Stelle eine klare Prioritätensetzung:

> „meine Priorität ist Zeit für die Patienten" (B-WG-1, 331.332)

Die wenigsten Patientinnen und Patienten haben häufige Krankenhaus-erfahrungen, die Situation wirkt oft sehr verunsichernd und manchmal übermannt die existenzielle Bedrohung die Menschen, so dass sie kaum in der Lage sind, über ihre Situation zu sprechen geschweige denn, sie anzunehmen. Gerade an diesem Punkt setzt jedoch die Begleitung durch Seelsorgerinnen und Seelsorger ein und versucht Kommunikation im Sinne von Versprachlichung und Sprachfindung zu ermöglichen:

> „Meiner Meinung hilft dem Patienten, sich aussprechen können, und dann soweit sein, durch meine Teilnahme, dass er selber auf Lösungen kommt, die ihm gemäß sind. Jetzt in diesem Moment, in dem er steht." B-WG-2, 347-349)

Voraussetzung dafür ist neben der Zeit, die solche Prozesse in Anspruch nehmen auch die Vermittlung einer Grundhaltung gegenüber den Patientinnen und Patienten:

> „dass es halt wichtig ist, erst mal dem anderen zu verstehen zu geben, dass man ihn versteht, (das ist so der wichtige) Kontext, - dass halt einfach, dass wichtig ist, den anderen zu verstehen und so anzunehmen, wie er ist" (B-WG-1, 452-455)

Miteinander Worte zu finden gleicht dann gleichsam einem schöpferischen Prozess:

> „spricht ja dann auch noch von einer frischen Kraft im Menschen, und die ihm so einen Antrieb gibt, sein Leben zu gestalten, und manchmal ist es wichtig die schöpferische Kraft wieder auszugraben" (B-WG-1, 457-459)

Und so ist auch an diesem Punkt wieder sichtbar, dass sich Seelsorgerinnen und Seelsorger deutlich von anderen Berufsgruppen im Krankenhaus unterscheiden:

> „für mich ist das ja auch eminent theologisch dann, so ein Gedanke, weil es ist ja so, dass -, ich gehe halt davon aus, das, was wir an schöpferischer Kraft auch in uns haben, das uns das auch irgendwie geschenkt wurde." (B-WG-1, 483-486)

Wichtig scheint zu sein, dass den Patientinnen und Patienten keine Gedanken übergestülpt werden, sondern dass Hilfe zur Sprachfindung wirklich so verstanden ist, dass sie Hilfe für den Anderen/die Andere ist. Dabei ist v.a. das Hören von entscheidender Bedeutung:

> „Weil das persönliche Gespräch läuft, kurz gesagt, schematisch, gezielt daraufhin läuft, was ich höre. [...] Hören im Sinne von - die Probleme des Patienten [/der Patientin] teilen, verstehen. - Da darf ich nicht dagegen reden. Weder psychologisch, noch religiös, noch -, er [/sie] würde das nicht akzeptieren." (B-WG-2, 341-346)

Zusammenfassend betrachtet erweist sich Kommunikation als Grundbewegung und somit als die Mitte seelsorglichen Handelns. So beschreibt es auch ein Seelsorger treffend:

> „darin sehe ich meine Aufgabe. [...] Das kann: viele Gespräche bedeuten, aber das ist nach meiner Meinung die einzige mögliche Hilfe. Alles andere ist aufgesetzt." (B-WG-2, 351-354)

Fraglich bleibt, ob es den Seelsorgerinnen und Seelsorgern gelingt, ihre hehren Arbeitsideale, die sich in ihren Selbstbeschreibungen finden, tatsächlich umzusetzen. Der Organisationskontext Krankenhaus scheint zwar für sie vieles zu ermöglichen, dennoch sind sie als eigene Berufsgruppe nur strukturell integriert und sind mit ihren Bemühungen um die Patientinnen und Patienten nur punktuell, eben zunächst nur bezogen auf den Aufenthalt im Krankenhaus, erfolgreich. Möglicherweise scheint jedoch ihre Rolle und ihr Verhalten im Klinischen Ethik-Komitee genau damit zusammen zu hängen.

4. Seelsorgerinnen und Seelsorger im Klinischen Ethik-Komitee

Da in den Klinischen Ethik-Komitees Kommunikation als Wert an sich betrachtet wird, der gewissermaßen die Konstitution der Besprechungen überhaupt erst ermöglicht, weil sie als verbindender Minimalkonsens das Zusammensein legitimiert[22], ist anzunehmen, dass die Seelsorgerinnen und Seelsorger nicht nur aufgrund der Fachvertretung als Theologinnen und Theologen, sondern mit ihrer Sprachfähigkeit tatsächlich als Seelsorgerinnen und Seelsorger ihren Platz im Klinischen Ethik-Komitee inne haben. Nachfolgend möchte ich dies anhand der bereits oben mit Hilfe der Selbstwahrnehmung von Seelsorgerinnen und Seelsorgern im Krankenhaus entfalteten Stichworte Kontextualisierung, Wirklichkeitsthematisierung und Sprachfindung für das Klinische Ethik-Komitee abbilden. Theologinnen und Theologen können qua Amt als Seelsorgerinnen und Seelsorger Mitglieder im Klinischen Ethik-Komitee sein und diese Verantwortung wollen sie auch, wo weit es ihnen möglich ist und sie professionsspezifisch angesprochen werden[23], wahrnehmen:

> „aber ich hab dann- bin dann gleich, hingegangen und fühlte mich da auch in der Verantwortung, daran teilzunehmen" (E-HT-1, 60.61)

Ihnen obliegt es aufgrund ihres fachlichen Zuganges in ganz besonderer Weise, die Patientin/den Patienten als Menschen mit ihrer/seiner eigenen Geschichte in die Diskussion einzubringen:

> „man muss auch den Menschen sehen" (B-HB-2, 176.177)

Dabei sind jedoch nicht unbedingt die Seelsorgerinnen und Seelsorger diejenigen, die den Menschen als Menschen und nicht als Fall in die Debatte einbringen, oftmals haben auch die anderen Mitglieder des Klinischen Ethik-Komitees ein starkes Interesse, den Menschen in den Mittelpunkt zu rücken, das bildet zugleich den common sense der Arbeit miteinander ab. Die Seelsorgerinnen und Seelsorger nehmen diesen gemeinsamen Zugang äußerst sensibel wahr:

> „Also, wenn ich so insgesamt so die Beratung, oder so die Themen ansehe, dann habe ich schon den Eindruck, dass der Mensch im Mittelpunkt des Ganzen steht, dass der sehr bewusst wahrgenommen wird in seiner Geschöpflichkeit, auch in seiner Würde. Wir haben vielleicht als Klinikseelsorge manchmal noch einen anderen Blickwinkel von dem, was wir so im Klinikum wahrnehmen, oder was wir so mitbekommen, denke ich. Der Arzt sieht Patienten unter einem bestimmten Blickwinkel, das Pflegepersonal hat wieder einen anderen Blickwinkel, und wir bekommen manchmal auch wieder etwas anderes mit. Und das miteinander dann auch im ganz konkreten Fall vielleicht auch zur Sprache zu bringen, das denke ich, ist auch eine Chance, die wir dabei haben." (B-HB-2, 538-547)

---

[22] Vgl. an dieser Stelle insbesondere den Beitrag von Julia Inthorn in diesem Band.
[23] Vgl. an diesem Punkt v.a. die Ausführungen von Constantin Plaul in diesem Band.

Daran wird zugleich deutlich, dass das poimenische Grundanliegen der Kontextualisierung eine große Rolle für das eigene Interaktionsverhalten spielt. Dabei ist Kontextualisierung in zweierlei Hinsicht zu verstehen: einerseits in Bezug auf die Situation der Betroffenen und ihrer Angehörigen, andererseits aber auch konkret in Bezug auf die gemeinsame Verpflichtung im Klinischen Ethik-Komitee. In der Selbstbeschreibung wird dies folgendermaßen deutlich:

> „Wobei es meiner Meinung nach schon immer darum geht, auch für den Betreffenden, also wenn es jetzt so um Fallgeschichten geht, für den Patienten, die Patientin, oder die Angehörigen gemeinsam zu schauen, was könnte denn so der beste Weg sein. Da gibt es also nicht so eine Linie, die vorgegeben ist, auf die man sich dann-, wo es heißt, also so ist es, es gibt nichts anderes, sondern da sagen schon auch alle ihre Meinung dazu, und dann wird miteinander überlegt." (B-HB-2, 549-554)

Im Grunde ist damit jedoch auch zum Ausdruck gebracht, dass es an den Seelsorgerinnen und Seelsorgern ist, von ihrer Profession den Blick auf den Menschen zu gewährleisten und den anderen zu verdeutlichen, dass dies zu ihrem Auftrag und Selbstverständnis gehört. Ebenso gehört es zu ihrer Eigenwahrnehmung, dass über Menschen nur miteinander gesprochen werden kann. Daran wird der Wert des Klinischen Ethik-Komitees an sich sichtbar. Es bietet den Raum, in dem Kommunikation zwischen den einzelnen Disziplinen, die im Krankenhaus miteinander arbeiten, institutionell ihren Platz hat. Dennoch treten Seelsorgerinnen und Seelsorger im Klinischen Ethik-Komitee nur sehr selten erkennbar als Experten ihrer eigenen Fachrichtung auf[24], deutlich macht sich dies daran, dass religiöse Sprach- und Kommunikationsmuster in den gemeinsamen Sitzungen eine untergeordnete Rolle spielen:

> „also, ich denke, so, ich denke, das ist jetzt bei mir nicht so steil, dass es von den anderen als irgendwie jetzt speziell jetzt religiös geprägt, oder was, verstanden wird, sondern wirklich als einfach der Beitrag jetzt auch eher des Klinikseelsorgers, der Blick sowohl auf Klinik, als auch auf Seelsorge hat" (B-HB-6, 279-282)

Gleichwohl ist wichtig, dass die Grundlage des Denkens und Agierens immer auch impilzit ihren religiösen Hintergrund abbildet:

> „also ich denke, sicher, also der Ansatz einfach vom Glauben her, also wie würde ich das auch vom Glauben her sehen, es ist einfach ein wichtiger Punkt. Was mir immer so wichtig ist, ist einfach der Blick auch wirklich auf die Patienten und Angehörigen, ich denke viele im Klinikum haben natürlich auch erst mal sozusagen die Interessen für das Klinikum im Blick, und das ist auch ganz wichtig, bloß so ein bisschen da eher auch von der anderen Seite zu kommen, auch da vielleicht mal eher die Fragen zu stellen, die auch eher die Angehörigen stellen würden, das sehe ich so ein bisschen auch eher als meine Rolle" (B-HB-6, 268-275)

[24] Vgl. dazu die Beiträge von Anne Lück und Constantin Plaul in diesem Band.

Gerade im Klinischen Ethik-Komitee ist es von Bedeutung, dass die Theologen / Theologinnen in ihrer Rolle als Krankenhausseelsorgerin bzw. Krankenhausseelsorger nicht davon abweichen, ihr Wirklichkeitsverständnis vor dem Hintergrund ihrer religiösen Überzeugung in die Diskussionen einzutragen, dies geschieht jedoch vornehmlich in ganz sensibler Weise - ohne andere zu überformen. Auch hierin erweisen sie sich als Expertinnen und Expertinnen der Zwischentöne und somit kommt auch das dritte Stichwort zum Tragen. In den beobachteten Klinischen Ethik-Komitees waren es oft die Seelsorgerinnen und Seelsorger, die ob ihrer Nicht-Zugehörigkeit zur Organisation Krankenhaus mit ihren Fragen nach einer Übersetzung von medizinischen oder juristischen oder pflegerischen Sachverhalten die Kommunikationsebenen verändert haben. Gleichzeitig haben sie damit auch zur Sprachfindung aller beigetragen, deren Disziplin es nicht in gleicher Weise erlaubt, Unverstandenes anzufragen[25]. Offensichtlich spielt jedoch neben dem Blick auf den Menschen auch der Ablauf der Besprechungen im Klinischen Ethik-Komitee;

> „Transparenz herzustellen mit der praktischen Bedeutung von, von ethischen Abläufen, auch, die Beteiligten dort hinzuführen, dass es also wirklich relevant ist, es ist nicht egal, wie wir handeln." (B-EH-2, 410-412)

und die Rezeptionsmöglichkeit der dort ausgeloteten Ansätze und Argumentationen eine große Rolle:

> „Das Klinische Ethikkomitee hat ja nie eine Entscheidungsbefugnis, sondern immer in diesem beratenden Rahmen, aber dass die auch einfach mit beteiligt sind." (B-HB-554-556)

Auch hier wird einmal mehr deutlich, dass die Kommunikationsgrundmuster von allen Beteiligten geteilt werden und das gemeinsame Ziel als die Suche nach dem zuvor kommunikativ sehr gründlich ausgeloteten Konsens beschrieben werden kann.

Ethik als Kommunikation im Zusammenhang der Interaktion in Klinischen Ethik-Komitees bedeutet also, wie Julia Inthorn dies dargelegt hat, dass ethische Konflikte primär als Kommunikationskonflikte wahrgenommen werden. Diese Wahrnehmung ist jedoch nur in dem Möglichkeitsraum der Sitzungen der Komitees überhaupt gegeben, denn nur dort ist es unter starker Ausblendung gegebener Verhältnisse, die durch Hierarchien geprägt sind, grundsätzlich vorstellbar, miteinander ins Gespräch zu kommen und die einzelnen Perspektiven sichtbar werden zu lassen. Dazu ist es nötig, den eigenen Standpunkt zu verlassen und sich in eine andere Sichtweise hineinzubegeben. Beides - hierarchiefreie Kommunikation als auch das Hineinversetzen in andere Ansichten - eignet den Seelsorgerinnen und Seelsorgern durch ihre Profession zu. Dies spiegelt sich dann auch in den Selbstbeschreibungen unter den o.g. Stichworten wieder. Mit ihrer

[25] Vgl. auch hier ganz besonders den Beitrag von Juli Inthorn in diesem Band.

Zugangsweise im Sinne der Ermutigung von eigenen Entscheidung im Blick auf Patientinnen und Patienten und Vermittlung von verschiedenen Betrachtungsweisen eines Sachverhaltes im Gespräch miteinander sind sie qua Amt bereits konsensorientiert. An dieser Stelle wird einmal mehr sichtbar, dass auch Theologinnen und Theologen, die im Klinischen Ethik-Komitee als Seelsorgerinnen und Seelsorger Mitglied sind, mit keiner eindeutigen Rollenzuschreibung agieren. Sie verstehen sich einerseits im Sinne ihrer Profession als diejenigen, die ihren professionsspezifischen Blick einbringen können und andererseits als diejenigen, die die Transparenz und die Eindeutigkeit des Verfahrens aus ihrer Stellung in der Institution Krankenhaus heraus sicherstellen. So kann dann auch ein evangelischer Seelsorger zum Klinischen Ethik-Komitee folgendes bemerken:

> „Also, ich würde drei Schwerpunkte sehen. Das Erste ist der Versuch, das ethische Bewusstsein der Mitarbeitenden im Haus überhaupt zu sensibilisieren und zu qualifizieren. Ich will das begründen. Alle haben sie eine Ausbildung, Ethik kommt dort überall mit drin vor, in einer unterschiedlichen Qualität ist das noch als abrufbares Wissen vorhanden, und in einer bestimmten Qualität ist das verinnerlicht. Dann gibt`s einen erheblichen Stressanteil und eine ganze Reihe persönlicher Voraussetzungen, die in der Praxis das, was ich mal vermittelt bekommen habe, präzisieren oder einfärben. Also, ich komm da zu einem Beispiel, wo, ich denke da an bestimmte Leute, die in unserm Haus bestimmte Fragen von ethischen Standpunkten aus diskutieren, die sind ihnen nicht vermittelt worden, sondern sie haben dann im Laufe ihres Lebens noch andere Begegnungen, andere Erfahrungen gehabt, und haben das zu ihren ethischen Standpunkten und die Argu-, Positionen zu ihren Positionen gemacht, und postulieren, dass das eine allgemeinchristliche Haltung sein muss. Was da bisher gelaufen ist, wurde dann ignoriert. Und ich merke, dass es einfach nötig ist, wenn man mit :Menschen zusammenarbeitet und dann arbeitet man im Grenzbereich des Lebens, dass sozusagen der ethische Blickwinkel oder die ethische Einstellung immer wieder geschärft werden muss, um fähig zu bleiben, die Arbeit gut zu machen. Dabei ist es für mich :wichtig von dem evangelischen Ansatz auszugehen, der an dem Begriff des Gewissens orientiert ist und keine Gesinnungsethik, aber eine durch das Gewissen geschärfte Situation zu entwickeln. Damit ist eine Beliebigkeit nicht gegeben, aber es ist auch nichts, so, also man könnte das auch-, ich könnte das jetzt auch biblisch begründen, aber das führt jetzt zu weit, es ist so, dass es Grundlinien gibt, evangelische Grundlinien, wo man sagen kann, auch vom, vom biblischen Denken her, in diese Richtung geht Ethik, in diese Richtung ist ethisches Handeln zu verstehen, aber es ist natürlich nicht jede Situation geschildert ; aber es sind Situationen vorgegeben, wo man sagen kann, aufgrund dieser Handlungsrichtlinien muss-, bin ich gezwungen, in bestimmten Entscheidungen heute-, in bestimmten Situationen heute eine Entscheidung zu treffen und die wird eine :Gewissensentscheidung sein. Und das bedeutet, dass der Einzelne eine hohe Verantwortung hat, und ich möchte ganz gerne, dass durch die Arbeit des Ethikkomitees das dem Einzelnen bewusst wird und auch transportiert wird, mit welch hoher ethischen Verantwortung eigentlich der Einzelne arbeiten muss, das

> ist das Erste. Der zweite Punkt ist, die ethischen Rahmenbedingungen für das Gesundheitswesen ändern sich im Augenblick enorm, ähnlich wie in dem Beispiel, heute ist es so, dass wir als Mitarbeiter eigentlich hinterherlaufen, und wenn wir unter :Stress anfangen eine ethische Diskussion zu führen, dann ist das nicht mehr frei genug, um verantwortliche-, an dieser Stelle auch zu Entscheidungen zu kommen. Ich kann aber natürlich auch so was nicht frei-, ich kann so was zwar auch frei an der Universität diskutieren, aber was dort rauskommt ohne diesen engen Rahmen, ohne diesen Alltagsdruck, das, mag Laborwissen sein, aber wird praktisch also auch nicht so relevant sein. Deswegen ist es für mich wichtig, sozusagen als zweiter Punkt, in diesem Spannungsfeld, in dem sich ein Krankenhaus jetzt befindet oder ein Altenheim sich jetzt befindet, ja, Wege zu finden, wo wir sagen, also :das machen wir noch mit und :das :geht nicht mehr und zwar aus :ethischen Gründen. Und da kann die Ökonomie aussehen wie se will, wir müssen sehen, dass wir die Grenzen dann auch deutlich benennen. Das Schwierige ist, und das wäre der dritte Punkt, dass ich erst diesen Kampf kämpfen kann, wenn die Truppe, die den kämpft, auch dafür qualifiziert ist. Und das möchte ich gerne, dass wäre ein Etappenziel“ (B-EH-1, 273-323)

Wie bereits skizziert, agieren die Seelsorgerinnen und Seelsorger im Krankenhaus ihrem Selbstverständnis nach kommunikationsbewusst und problemorientiert. Sie bringen einen sensitiven Blick für die Erfordernisse vor Ort mit, weil sie sich der Organisation Krankenhaus gegenüber zwar als integriert, aber zugleich auch als extern verstehen. So kann beispielsweise ein Seelsorger davon berichten, dass aus den professionsspezifischen Erfahrungen in den USA die Initiation und Gründung eines Klinischen Ethik-Komitees überhaupt erst möglich wurde:

> „Wir waren die Vorreiter, dass es überhaupt so etwas gibt. Mein evangelischer Kollege, der Pfarrer Spiegel und ich, wir hatten eben, ich habe vorhin nachgeschaut, das war im Jahre Zweitausend im Dezember, ein Gespräch mit dem Professor Sauer, dem ärztlichen Direktor des Klinikums, das ging so zum einen darum, dass wir ja ein Stück uns als Klinikseelsorger wieder mal bei ihm vorstellen wollten, wir wollten mit ihm reden, was wir so immer wieder erleben, und dass wir aber auch gewollt haben, dass so bestimmte Bereiche-, wir haben so den Eindruck gehabt, wie mit Patienten umgegangen wird, das man in ganz unterschiedlichen Kliniken, dass manche Menschen auch darunter leiden, wie sie von Ärzten behandelt werden, und das wollten wir einfach mit ihm so zur Sprache bringen. Und ob es nicht auch-, das andere war, also Räumlichkeiten in der Klinikseelsorge, und bei diesem Gespräch kam dann als Ende heraus, dass der Professor Sauer gesagt hat, ja, da müsste man vielleicht irgendetwas tun und der Pfarrer Spiegel, der hatte während seiner Ausbildungszeit in den Staaten mal, ich weiß nicht, ich glaube, zwei Jahre war er mal da drüben, und hatte da diese Einrichtung des Klinischen Ethikkomitees schon mitgebracht gehabt, und das war so der Auslöser, dass ein Arbeitskreis Ethik am Klinikum gegründet worden-, gegründet ist noch zu viel gesagt, aber ins Auge gefasst worden ist, und wir hatten am Ende des Gesprächs so noch überlegt, wer könnte denn sinnvoller Weise zu so einem Arbeitskreis mit

dazu kommen, dann wurden das immer mehr, man hat so überlegt, was könnte so ein Arbeitskreis überhaupt alle machen, und ich denke, was-, ja mit dem Klinikvorstand dann zugesagt hat, dass es letztlich auch eine, eine Werbung ist des Klinikums so nach außen hin, wenn am Klinikum ein Ethikkomitee besteht, das ja von Patienten, von Angehörigen, aber auch vom Personal selbst in Anspruch genommen werden kann, ich denke, das ist ein Stück Qualitätsmanagement, das da mit eine Rolle spielt, man hat das einfach beim Leitbild mit dabei. Und so hat sich dann im Laufe der Zeit dieser Arbeitskreis Ethik am Klinikum, so nenne ich es einmal, ist immer größer geworden, man hat lange überlegt, wer so alles dazukommen sollte, und irgendwann war dann der Punkt erreicht, wo man gesagt hat, das wird eine feste Einrichtung. Man soll einmal im Monat tagen und dann hat man sich überlegt, wie groß kann das Gremium sein, dass es auch noch arbeitsfähig ist, und das war dann der Punkt, wo es hieß, Klinikseelsorge soll also mit einem Vertreter dabei sein, und der Pfarrer Spiegel der wollte unbedingt, ich denke aufgrund seiner Erfahrung in den USA, dann habe ich gesagt, ich hätte zwar auch Interesse, aber wir wechseln uns dann ab, also wenn er nicht kann, dann gehe ich hin, ich mache so Stellvertreter und wir tauschen halt die Informationen aus.“ (B-HB-2, 496-531)

Sobald sich die eigene Rollenerwartung im Klinischen Ethik-Komitee wiederspiegelt und die Beteiligungsmöglichkeiten vorhanden sind, integrieren sich die Seelsorgerinnen und Seelsorger selbstverständlich und vermitteln zugleich eine integrierende Grundhaltung auch gegenüber anderen. Auch dies entspricht letztlich dem eigenen Selbstverständnis, denn dort, wo sich Gestaltungsspielraum ergibt und zugleich der Möglichkeitsraum Themen aufzugreifen, die auch außerhalb des Komitees im Fokus stehen, bringen sich die Seelsorgerinnen und Seelsorger konstruktiv ein. Ein Beispiel dafür scheint zu sein, Wachsamkeit ob einer wertschätzenden und symmetrischen Kommunikation zu entwickeln:

„dass jeder gleichwertig ist und dass jeder sich gegenseitig wertschätzt auch in seiner Andersartigkeit, dass man sich in seiner Andersartigkeit halt annimmt und dass jeder das Recht hat gehört zu werden, ja.“ (B-WG-1, 635-637)

Dabei ist es jedoch auch nicht ganz einfach, einen gemeinsamen Nenner zu finden, ein Seelsorger beschreibt diesen Prozess des Miteinanders folgendermaßen:

„Ich höre natürlich gut zu - bin hellwach, sollte es [Anmerkung der Autorin: religiöse Positionen] zur Sprache kommen, dann melde ich mich. Rein weltanschaulich ist das Ethik-Komitee sehr bunt zusammen gesetzt, sehr bunt. Was aber doch für mich interessant ist, jedenfalls bis jetzt, im Zuhören, das Thema Menschenwürde ist für :alle gleich bedeutsam. Das ist, glaube ich, ein ganz wichtiger gemeinsamer Punkt, der uns alle zusammen hält. Das liegt jedem am Herzen.“ (B-WG-2, 1130-1135)

Letztlich spiegelt sich in diesen Erwägungen immer wiederkehrend die seelsorgliche Grundhaltung wieder: zuhören und anwesend / da sein und dadurch Kommunikation (zu) ermöglichen und zu unterstützen.

5. „Dein Wort bewegt“. Kommunikation und Kommunikationsermöglichung als Grundlage des ethischen Diskurses[26]

Ausgangspunkt meiner Überlegungen war die Frage, wie Theologinnen und Theologen in der Funktion als Seelsorgerinnen und Seelsorger im Klinischen Ethik-Komitee agieren. Genutzt habe ich dafür vor allem die biographischen Interviews, aber auch die Experteninterviews mit den Personen, die explizit als Seelsorgerinnen und Seelsorger Mitglieder des Klinischen Ethik-Komitees sind. Gerade hinsichtlich der Rollendefinitionen der Theologinnen und Theologen, die als Seelsorgerinnen und Seelsorger im Krankenhaus agieren, sind bestimmte Stichworte im Zusammenhang der eigenen Arbeit und im Zusammenhang ihrer Interaktion im klinischen Ethik-Komitee immer wieder aufgefallen. Offensichtlich war der grundsätzliche Zugang eines biographischen Interviews nicht so deutlich, so dass sich gerade in diesen Interviews viele der Interviewten auf Beschreibungen ihrer Rolle im Beruf und im Klinischen Ethik-Komitee zurückgezogen haben. Aus diesem Grunde waren diesbezüglich gerade erstaunlicherweise die biographischen Interviews viel aussagekräftiger als die Experteninterviews.

Um die Rolle der Theologinnen und Theologen im Klinischen Ethik-Komitee besser verstehen zu können, schien es mir wichtig, sie in ihrer Funktion als Seelsorgerinnen und Seelsorger zu betrachten. Diese Funktion ist deutlich ausgeprägt: sie hat eine klare Aufgabenbeschreibung und neben all der oben beschriebenen Schwierigkeiten zwischen der Organisation Krankenhaus und der Institution Kirche gehören Seelsorgerinnen und Seelsorger deutlich zum Berufsspektrum derer, die im Krankenhaus arbeiten. Aus dieser Grundlage heraus sind mit dem Krankenhaus und seinen Erfordernissen ebenso deutlich verbunden wie bspw. das Pflegepersonal oder die Ärzteschaft. Von diesem Gesichtspunkt aus gesehen ist es in ihrer Rolle als Seelsorgerinnen und Seelsorger selbstverständlich das sie Mitglieder des Klinischen Ethik-Komitees sind. Sie qualifizieren sich außerdem dadurch, dass ihren Arbeitsgrundlagen entsprechend die Sorge um die Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt steht und sie aus diesem Grund

[26] Dieses Zitat stammt aus dem Kirchenlied: „Herr, öffne mir die Herzenstür“ dessen Text Johann Olearius 1671 dichtete; im Ganzen lautet es: „Dein Wort bewegt des Herzensgrund, dein Wort macht Leib und Seel´ gesund“, vgl. Evangelisch-Lutherische Kirche in Bayern und Thüringen (1994), 389 und wird in den Leitlinien der EKD zur Krankenhausseelsorge als Beschreibung moderner Seelsorge herangezogen.

kompetente Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner sind, wenn ethisch strittige Fragen anhand von (fiktiven oder realen) Fallbesprechungen im Klinischen Ethik-Komitee auf der Tagesordnung stehen.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Seelsorgerinnen und Seelsorger sich in ihrer eigenen Rolle dabei vor allem als *Medium* für Prozesse definieren, die die anderen Teilnehmer im Klinischen Ethik-Komitee mit ganz bestimmten Inhalten und Zielen verbinden. Die Seelsorgerinnen und Seelsorger verstehen sich selber allerdings eher als *Katalysatoren,* denn als *Akteure,* sie intendieren eine „Selbstthematisierung" der Beteiligten bzw. der betroffenen Patientinnen und Patienten und fokussieren nicht primär auf entscheidungsorientiertes Verhalten. Sie bringen sich ein, wenn sie gefragt sind, es ist jedoch nicht nötig, zu allen Themen Stellung zu beziehen. Hinsichtlich ihrer Profession zeichnen sie sich jedoch als diejenigen aus, die in gewisser Weise „Experten für Kommunikation" sind. Ihre professionsspezifische Grundhaltung ist kommunikativ angelegt. Dies spiegelt sich jedoch nicht nur im Hinblick auf die genuin religiösen Themen wieder. Ihnen eignet in besonderer Weise die Fähigkeit zum Perspektivwechsel, zugleich ist dies wiederum Grundlage der eigenen Arbeit. Genauso wie das Klinische Ethik-Komitee von einer evangelischen Seelsorgerin als

> „eine wichtige Einrichtung, die die Möglichkeit hat viele grundlegende ethische Themen überhaupt erst zur Sprache zu bringen" (E-HT-1, 598-599)

beschrieben wird, sind Seelsorgerinnen und Seelsorger Experten für die Ermöglichung von Kommunikationsprozessen. Durch die Arbeit des Klinischen Ethik-Komitees wird in der Organisation Krankenhaus ein Möglichkeitsraum eröffnet, der zugleich ein Sprachraum ist. Die gemeinsame Rekonstruktion der strittigen Fragen generiert eine für den Arbeitsalltag im Krankenhaus und für die gemeinsame Diskussion und Interaktion im Sinne der Patientinnen und Patienten bestehende Wirklichkeit, zu der man sich gemeinsam verhalten möchte. Vernetzung ist in diesem Zusammenhang ein wichtiges Stichwort - so wie sich Seelsorgerinnen und Seelsorger mit den Professionen im Krankenhaus vernetzen müssen, um Zugang zu allen relevanten Informationen zu erhalten und integriert zu werden, so ist letztlich das Klinische Ethik-Komitee zunächst ganz basal auch nichts anderes als eine institutionalisierte Vernetzung unterschiedlicher Sichtweisen.

Die Grundkompetenzen ausgebildeter Seelsorgerinnen und Seelsorger sind letztlich die Voraussetzung für gelingende Prozesse der Bearbeitung von Konflikten und Problemlagen in Klinischen Ethik-Komitees. Ihr Zugang, die Organisation Krankenhaus gewissermaßen als Außenraum wahrzunehmen, der somit den äußeren Rahmen ihrer Begegnungen und Handlungen darstellt, während die emotionalen und seelischen Prozesse, denen sie begegnen (auf der Station und in den Fallbesprechungen) den Innenraum markieren, innerhalb dessen Ansichten gegeneinander abgewogen und Entscheidungen miteinander

getroffen werden müssen, unterscheidet sie von den anderen Professionen und Berufsgruppen. Dabei erheben sie allerdings keinen Exklusivitätsanspruch auf ihre Beobachtungen und Wahrnehmungen, sondern integrieren sich in Strukturen des Klinischen Ethik-Komitees. Die grundsätzliche Zugangsweise über die Kommunikation miteinander, die Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Zugängen und Sichtweisen und das hermeneutische Gespür für Drängendes macht deutlich, dass für die Frage nach der Mitgliedschaft von Theologinnen und Theologen möglicherweise Poimenik die Referenzwissenschaft ist, von der aus man ihre Verhaltensweisen deuten und verstehen kann.

Mareike Lachmann

Klinische Ethik-Komitees und Professionalität in der Krankenpflege

Ethos und Berufsverständnis in Biografien von Pflegenden

1. Der Kontext: Pflegekräfte in Klinischen Ethik-Komitees als Forschungsgegenstand

Die Berufsgruppe der Pflegenden ist in letzter Zeit zunehmend in das Interesse der Öffentlichkeit gerückt insofern, als ihre Arbeit zu den Grundlagen einer sozial verstandenen Gesellschaft gehört. Mängel in diesem Arbeitsbereich bedeuten eine fundamentale Bedrohung der Gesellschaft. Nicht zuletzt aus diesem Grund finden Fragen der Ethik in der Pflege sowohl gesamtgesellschaftlich als auch in wissenschaftlichen Diskursen eine besondere Beachtung. Zunehmend rückt dabei ins Blickfeld, dass ethische Aspekte für die gegenwärtige Debatte um Professionalisierung in der Krankenpflege eine wesentliche Rolle spielen. Beide Aspekte, die Ethik wie die Professionalisierungsfrage in der Krankenpflege, sollen im Folgenden die Perspektive bilden, aus der Material des DFG-Projekts betrachtet werden soll. Das Interesse richtet sich auf einen Teilbereich des Datenmaterials, nämlich die biografischen Interviews mit Pflegekräften, die in den Komitees mitarbeiten. Damit soll im Gesamtduktus des Buches zum einen neben

Theologinnen und Theologen eine weitere Berufsgruppe ins Zentrum der Untersuchung gestellt sein, zum anderen die Methode der Biografieforschung als eigenständiger Zugang gewählt werden.

So liegt der Fokus der Beobachtungen zunächst darauf, welche ethischen Linien sich im Kontext der Pflege-Biografien finden lassen. Methodisch bietet dieser biografische Zugang die Möglichkeit, nicht Theoriekonstrukte zum hoch besetzten Thema Ethik und Ethik-Komitee zu erhalten, wie es beispielsweise in den Experteninterviews geschieht, sondern Einblick in die alltägliche Einbettung von ethischen Mustern und Themenkreisen zu bekommen.[1] Die Ergebnisse der empirischen Untersuchung werden dann in den Kontext ethischer Theorie eingeordnet und in Beziehung zur Professionalisierungsdebatte in der Pflege gesetzt.

2. Die Beobachtung: Ethische Aspekte in Biografien von Pflegenden

Ethik des Pflegeberufs nimmt mit dem zunehmenden gesellschaftlichen Fokus auf das Handeln der Pflege eine immer wichtigere Stellung ein, was nicht zuletzt an entsprechenden Publikationen seit Beginn der deutschen Professionalisierungsbewegung in der Pflege ab den neunziger Jahren zu sehen ist.[2] Dabei stehen in der Regel normative Fragen im Vordergrund. „Wie sollen Pflegekräfte handeln?" ist die Leitperspektive hinter den vielfältigen durchaus auch metaethischen Überlegungen. An dieser Stelle soll dagegen eine deskriptiv-hermeneutische Ethik zum Zuge kommen, also eine Ethik, die anhand empirischer Methoden das Handeln der Pflegekräfte beschreibt und zu verstehen und interpretieren sucht. Damit geschieht eine wichtige Ergänzung zu normativen Entwürfen, da die Wirklichkeit des betroffenen Gebietes erhoben und einbezogen werden kann. Insofern wird also im Folgenden die Konstruktion der Wirklichkeit von Pflegekräften beobachtet, soweit sie sich auf ethische Fragen bezieht. Diese Kenntnis kann für die Kommunikation in Ethik-Komitees insofern von großem Interesse sein, als

[1] Vgl. zur Methodologie und Methodik des biografischen Interviews: Ley im vorliegenden Band sowie Schütze, Fritz (1983): Biographieforschung und Narratives Interview, Neue Praxis 13. Jg., 283-293. Rosenthal, Gabriele (1995): Erlebte und erzählte Lebensgeschichte. Gestalt und Struktur biographischer Selbstbeschreibungen, Frankfurt/Main. Weber, Georg/Weber-Schlenther, Renate/Nassehi, Armin/Sill, Oliver/Kneer, Georg (1995): Die Deportation der Siebenbürger Sachsen in die Sowjetunion 1945-1949, Köln/Weimar/Wien 7-117 sowie 348 ff.

[2] Vgl. z.B. als gängiges Lehrbuch: Arndt, Marianne (1996): Ethik denken – Maßstäbe zum Handeln in der Pflege, Stuttgart. Aus wissenschaftlicher Perspektive: Schwerdt, Ruth (1998): Eine Ethik für die Altenpflege. Ein transdisziplinärer Versuch aus der Auseinandersetzung mit Peter Singer, Hans Jonas und Martin Buber, Bern. Von theologischer, wenn auch nicht als solche erkennbarer Seite, aber mit den Voraussetzungen für eine neue profundere Lehrbuchtradition: Körtner, Ulrich H. J. (2004): Grundkurs Pflegeethik, Wien.

über das - oft sehr unterschiedliche - Verständnis scheinbar gleicher Termini Aufschluss gewonnen wird.

2.1. Biografische Kontexte

Nicht nur die Wahl des Pflegeberufs selbst, sondern auch die Mitarbeit im Klinischen Ethik-Komitee wird in den meisten Interviews durch biografische Kontexte begründet.

So beschreibt eine Pflegekraft einen grundsätzlichen Bruch in ihrer Berufsbiografie, der letztlich auch als ausschlaggebend für ihre (spätere) Mitarbeit im Klinischen Ethik-Komitee angeführt wird:

> ... es hat mich - ja, fasziniert die Intensiv-Medizin muss ich jetzt einfach mal sagen, so was man alles so machen kann, und ich hab in der Zeit eigentlich, ja, weniger so die Menschen gesehen, sondern mich hat die Medizin fasziniert. Diese ganze Gerätetechnik und, ja, wie man auch mit Medikamenten einfach einen Menschen am Leben erhält, [...] und dann ist, [...] mein Vater verstorben, [...], an ner Beipass-OP, und da wurde mir so zum ersten Mal - ja, bewusst, wie - wie wir im Krankenhaus mit den Menschen umgehen, als ich praktisch auf der anderen Seite stand. Als ich nämlich damals nach [Stadt] kam und am nächsten Tag nach [Krankenhaus] gefahren bin, ähm, sind mir sowohl die Ärzte, als auch die Pflegekräfte, ja, sehr unsensibel gegenüber gestanden. Auf der einen Seite die Pflege, die mir als, ja, einzigen Nachlass, den mein Vater da noch hatte, die Prothese mit den Zähnen gegeben hat, [...] das war für mich so, ja, ein Schlüsselerlebnis, dass ich mir gesagt hab, also, auf :meiner Station, so lange ich Stationsleitung bin, [...] werde ich versuchen, dass jeder Verstorbene einfach so - ja, ähm, - ja, wie sagt man jetzt, ned human behandelt, sondern so - gut behandelt wird, dass er auch die Zähne drin hat, und dass man, ja, auch mit dem noch ethisch umgeht, und nicht einfach weg, und die Zähne den Angehörigen mitgibt, weil, gut, die im Krankenhaus, die wissen wahrscheinlich gar nicht, was sie damit anrichten! [B-WG-7, 22-52 i.A.][3]

Durch den Perspektivwechsel von der Intensivpflegekraft zur Angehörigen eines Verstorbenen wird ein Einstellungswandel begründet. Die Faszination an medizinischen Möglichkeiten wird überlagert von der Sorge um „humane“ bzw. „gute“ Behandlung der Menschen, die vorher „weniger gesehen“ wurden. Dieser neue Blickwinkel, der den Menschen sehen will, wird als „ethischer Umgang“ qualifiziert. Die Positionierung dieses „Schlüsselerlebnisses“ am Anfang des Interviews weist es als Interpretationsmuster der eigenen beruflichen Entwicklung aus, die in der Logik dieses Duktus zur Mitarbeit eines Ethik-Komitees führt. Dort kann dann dieser „ethische Umgang“, womit eine bestimmte, nämlich „menschliche“ Moral bezeichnet ist, seine Anwendung und Ausbreitung finden.

[3] Die Zitation nimmt folgende Daten auf: B für biografisches Interview, WG/HT/EH/HB für die verschiedenen anonymisierten Krankenhäuser Wiesengrund/ Horntal/ Endheim/ Hochburg, Zahl (hier 7) für das interviewte Mitglied des Klinischen Ethik-Komitees und dann die zitierten Zeilen aus dem Interview. Namen, Orte und Daten wurden in den Interviewausschnitten anonymisiert.

Nicht als Schlüsselerlebnis, aber als Beispiel der eigenen Einstellung, die im Ethik-Komitee Ausdruck finden soll, wird auch im folgenden Interview eine zentrale biografische Szene erzählt:

> Und genauso war das bei der Großmutter meines Mannes, [...], als das denn so weit war, dass sie immer kränker wurde, immer kränker wurde, da haben wir uns bei der Nachtwache so ein bisschen abgewechselt, meine Schwiegermutter mal, mal ich. Und, äh, dann merkten wir abends schon, als wir sie für die Nacht zurecht machten, na, also, das dauert nicht mehr allzu lange. Und dann guckte ich meine Schwiegermutter an: was mach ich? Und da haben wir gesagt: Mutti, was wollte Oma? Ja, Oma hat immer gebeten, schickt mich nicht ins Krankenhaus. [...] und das machen wir nicht. Das war nicht einfach, aber ich wusste auch, was mit der Oma passiert. Sie war über achtzig, sie wäre wahrscheinlich auf die Intensivstation gekommen, man hätte alles Mögliche mit ihr angestellt, sie hätte vielleicht noch 4 Wochen, wenn überhaupt, gelebt. Vielleicht wär sie auch da verstorben. - Und wir haben wirklich Omas Wunsch erfüllt. Und sie ist in der Nacht auch gestorben. Und ja, so möchte ich auch mal sterben. [B-HT-15, 359-372 i.A.]

In diesem Abschnitt wird von der Pflege und vom Tod einer nahen Angehörigen erzählt. Im Wesentlichen geht es darum, dass der Wunsch der Sterbenden befolgt wird, nicht ins Krankenhaus zu kommen. Auch hier ist eine kritische Haltung gegenüber der Medizinlastigkeit eines Krankenhauses zu erkennen, das dem Menschen nicht immer gerecht wird. Diese Haltung erweist sich auch in diesem Interview als leitend, besonders im Blick auf die Mitarbeit im Ethik-Komitee, für das in der Konsequenz dieser Erzählung folgende Grundorientierung angegeben wird:

> Und wenn, [...] geht es für mich halt immer so, zum einen Mal der Mensch, und ich versuche mit dem Menschen so umzugehen, :wie :ich :gerne möchte, dass man mit mir auch umgeht. Das ist so ja, so ´n Grundbedürfnis - so als Mensch gesehen werden und nicht nur als Fall. [B-HT-15, 708-711]

Die Grundorientierung am „Menschen“ statt an einem „Fall“ kann als Essenz der biografischen Erzählung vom Tod der Schwiegermutter gelten. Sie wird zudem gefasst in die Form der goldenen Regel, die eine Identifikation mit dem Anderen als Grundperspektive des Handelns angibt.

Der Schutz eines nahen Angehörigen vor notfall- bzw. intensivmedizinischer Behandlung stellt auch in folgendem Interview eine zentrale Beispielerzählung dar für das eigene Interesse an einer Mitarbeit im Ethik-Komitee:

> Also, meine Mutter ist schwer parkinsonkrank gewesen über viele Jahre, und wir haben also in einem Haus, jeder getrennt in seiner Wohnung, zusammengelebt, und als Großfamilie haben wir also ihr leidvolles Leben miterlebt und gesehen, wie ihr es schlecht ging. Und meine Mutter hat immer gesagt, [zitiert] bringt mich nie ins Krankenhaus, und mein Vater hat sie wirklich rührend auch versorgt, sie konnte dann zum Schluss kaum selbst noch etwas

> tätigen für sich, und wenn diese Bitte immer kam, hatte ich immer zu meiner Mutter gesagt, [zitiert] alles, was in unseren Händen steht, wollen wir gerne für dich tun, aber ich kann dir das nicht versprechen. Und, äh, ohne das zu wissen, kam der Tag, eines Morgens lag sie bewusstlos im Bad, und im Nachhinein hat man die Diagnose Schlaganfall gestellt, und sie bekam sehr schwer Luft. Da haben wir den Notarzt gerufen, und meine Eltern hatten auch eine Patientenverfügung ausgefüllt, und da ging es nun dann darum, dass meine Mutter intubiert werden sollte, und da haben sie die Patientenverfügung vorgelegt und gesagt, dass sie das nicht möchte. Hab ich es dann für meine Mutter, sie konnte es ja selbst nicht, drum gebeten, dass sie so eine Atemhilfe bekommt, also Sauerstoff, und das war - - - schon eine Viertelstunde eine schwierige Zeit, der Notarzt konnte es nicht ganz so nachvollziehen, und ich habe es halt immer wieder ruhig rübergebracht, ... [B-EH-5, 347-364]

Der schwierige Gewissenskonflikt, der schon im Vorfeld der Entscheidung stand, die Mutter nicht intubieren zu lassen, wird hier durch die Erzählung verschiedener Details deutlich, die die Entscheidung letztlich begründen sollen. Zentral geht es auch hier um die Respektierung und Unterstützung des Willens einer Person vor der akuten Entscheidungssituation. Auch hier ist das Handlungsziel, die medizinischen Möglichkeiten nicht zu einer unnötigen Belastung werden zu lassen, die den Menschen eher in eine längere Sterbephase hineinquälen als ihm zu leben helfen.

Allen Interviewausschnitten ist gemeinsam, dass die Angehörigenperspektive eine bestimmte moralische Haltung begründet, die auch im Ethik-Komitee als Grundorientierung ausgewiesen wird: Es geht allen drei Pflegekräften um eine „menschliche“ Behandlung bzw. die Sicht des „Menschen“, die als zentraler Wert betont werden. Dem entspricht jedes Mal eine kritische Haltung gegenüber den (intensiv-) medizinischen Möglichkeiten bzw. gegenüber der Technikbetonung in der Intensivmedizin.

2.2. Werte und moralische Grundorientierungen

Das biografisch begründete Eintreten für den Menschen und die Menschlichkeit wird in der Mehrzahl aller geführten Interviews als Wert und Grundorientierung angeführt. Wie dieser Wert sowie weitere Grundorientierungen in den Interviews genau bestimmt werden, muss jedoch einer näheren Untersuchung unterzogen werden. Denn gerade die Berufung auf die „Menschlichkeit“ stellt einen zwar beliebten, aber ungenauen Terminus in ethischer Kommunikation dar. Anhand der Kontexte lässt sich in biografischen Interviews indes Aufschluss über die Bestimmung dieses und anderer Begriffe erhalten.

2.2.1. Menschlichkeit

In den bereits zitierten Interviewausschnitten werden Unterscheidungen deutlich, die zentral zu sein scheinen für die Bestimmung von „Menschlichkeit“ bzw. „den

Menschen sehen“. Danach hebt sich diese ab von einem rein medizinischen Blick, der nur einen „Fall“ sieht und medizinische Therapien ohne Beachtung des Menschen durchzieht. „Den Menschen zu sehen“ bedeutet hingegen eine Wahrnehmung des ganzen Menschen, also auch jenseits seiner Körperlichkeit bzw. in seiner von anderen Aspekten beeinflussten Körperlichkeit.

Die größte Unterscheidung, die gemacht wird, bezieht sich indes auf eine Instanz, die zunächst gar nichts mit dem Menschen zu tun hat, die Technik:

> ..., wenn man dann auch noch im Intensivfach Weiterbildung macht, da ist die Intensivmedizin das Interessante, und des :ist interessant. Gar nicht, gar keine Frage. Aber man muss eben auch abwägen, ähm, dass es um den Menschen geht, und nicht nur um Technik. [B-WG-7, 218-221]

Hier wird eine Einstellung vorgestellt, die am Menschen rein technikorientiert arbeitet. Dass Technik eine Rolle in der Medizin spielt, wird demgegenüber gar nicht abgestritten. Es wird jedoch eine Differenzierung des zentralen Gegenstandes und Ziels vorgenommen, das nicht Technik, sondern der Mensch ist, für den die Technik da ist.

Diese Ziel- und Gegenstandsangabe hat für den Pflegeberuf besondere Konsequenzen:

> Wenn man sich auf seinen wirklich originären Beruf zurückbesinnt, da ist es ja nicht die Medizin, die unseren Beruf ausmacht, weil sie die Pflege ist, und natürlich muss man im intensivmedizinischen Bereich viel Kenntnis haben, damit man dort arbeiten kann, weil man muss natürlich auch schnell handeln, des ist klar. Aber eigentlich ist es die Pflege. Und die Fürsorge für den Menschen, die unser Beruf ist. [B-WG-7, 689-694]

Neben der Unterscheidung zur Technik wird der Blick für den Menschen auch vom medizinischen Blick differenziert. Er wird als spezifisches Zentrum der Pflege verstanden, die Fürsorge für den Menschen bedeutet.

Was das heißen kann, wird an einem Interviewausschnitt deutlich, in dem von einer Labortätigkeit erzählt wird, der eine Pflegekraft nachging, die demzufolge keinen Kontakt mit Menschen hatte:

> ..., ich muss in meinen Arbeiten ganz :genau sein, ich kann nicht einem Patienten einen Befund, - dann plötzlich da schreiben, der, der für ihn ganz schlimm ist, ne, und vielleicht gar nicht stimmt, ja? [...] bei einem wirklich positiven Befund sieht das für die Laborantin interessant :aus, ist aber für die Patienten negativ. Ja? - Da in gewisser Weise dann auch den Kontakt mit den Patienten so zu :haben, das heißt also, nicht nur jetzt den Urin zu haben, den ich untersuche, oder das Blut zu haben, oder den Magensaft, den ich habe, sondern: Wer steht dahinter? Da steht ein Mensch dahinter. Und wenn der jetzt diesen, diesen Befund bekommt, hat das die und die Fol-, Folgen für ihn, ne, und so muss dann therapiert werden oder so. Also das, dann habe ich oft, ganz besonders am Anfang, manche Proben

> einfach nochmal wiederholt, um auch selber :sicher zu sein. Ja, also Sicherheit, Verantwortung waren mir ganz, ganz wichtig. [B-HT-12, 644-661 i.A.]

Fürsorge für den Menschen bedeutet nach dieser Erzählung offensichtlich, dass auch gerade angesichts medizinischer Befunde und Therapien deren Bedeutung für den ganzen Menschen bedacht wird, dessen körperlicher Befund nicht von anderen Teilen des Menschseins getrennt werden kann und soll.

Die Forderung nach dem Blick für das Menschsein betrifft allerdings nicht nur die Beziehung zu Patientinnen und Patienten:

> Man vergisst das in der hoch entwickelten Medizin, dass ja, dieses :Menschsein, in dem Sinne, gar nicht so standhalten kann. Einmal das Menschsein des Patienten, und dann auch das Menschsein des Personals, die den Patienten begleiten und betreuen. [B-EH-5, 303-306]

In diesem Interviewabschnitt wird nicht nur das Menschsein des Patienten thematisiert, sondern auch das Menschsein des Personals. Beides wird als bedroht gesehen von der hoch entwickelten Medizin, die also auch hier als Abgrenzungsmerkmal für Menschsein herangezogen wird.

Eine genauere Bestimmung des Desiderats scheint in folgendem Interviewausschnitt vorzuliegen:

> Also, ich glaub, des Ethik-Komitee sollte sich jetzt nicht nur mit Sterben auseinander setzen, sondern eben auch so grundsätzliche Sachen der Zusammenarbeit, der engen Beziehung zwischen den Berufsgruppen, weil auch da sind unausgesprochene Konflikte. Und ich denk, auch das Umgehen miteinander, nicht nur mit den Patienten und Angehörigen, ist ein ethisches Problem. [B-WG-7, 580-584]

Nicht nur der Umgang mit dem Patienten, für den vorher im Blick auf das Sterben das Menschliche eingefordert wurde, sondern auch die Beziehung und der Umgang des Personals untereinander wird als ethisches Thema verstanden, das mit Menschlichkeit zusammenhängt.

Das „Menschliche" wird demnach durch seine Unterscheidung vom Medizinischen und vom Fall bestimmt sowie eine Priorität des Menschen vor der Technik gesetzt. Es wird sowohl im Umgang mit den Patientinnen und Patienten als auch in der Beziehung des Personals untereinander eingefordert. Wie es sich bezogen auf die Patienten im Alltagshandeln konkretisiert und welche Konsequenzen es hat, den Menschen zu sehen, muss im Folgenden gefragt werden.

2.2.2. Die Begleitung von Patientinnen und Patienten

Eine Folge dessen, dass für den Menschen gesorgt wird, ist seine Begleitung, die in allen Interviews auf verschiedene Weise konkretisiert wird:

> ...also wir leben praktisch den, versuchen den Hospizgedanken hier im Haus auch zu verwirklichen, - ganz stark. Das heißt also, dass, ähm, ganz besonders auch die Sterbekultur, ähm, so ist, wie es auch in einem Hospiz immer wieder angeboten oder eben geregelt ist, dass Angehörige nun zu jeder Zeit, wenn sie möchten, hier sein können [...], oder dass wir einfach ein Bett für den Angehörigen haben [...].Und wir auch, hm, wenn eine von uns dabei war [...], dass er [der Patient] auch eine Zigarette rauchen durfte oder Ähnliches noch. Also ganz und gar auf die Bedürfnisse auch des Menschen eingehen, was ist jetzt für ihn noch wichtig, ne. Und nicht nur einfach, :versorgen. Sondern wirklich :begleiten. Begleiten, mit ihm, auf ihn hören, ihn begleiten, dass er spürt, er ist nicht allein gelassen, und er kann das tun und sagen, was ihm noch wichtig ist, ne? Und, äh, das ist eine - eine ganz große Aufgabe, die uns auch hier im Haus sehr, sehr wichtig ist. [B-HT-12, 727-742 i.A.]

Begleiten wird hier unterschieden von Versorgen. Im Unterschied zur Erfüllung rein körperlicher Bedürfnisse, wird dabei auf die umfassenden Bedürfnisse geachtet, die einen Menschen ausmachen. Diese zu erfüllen, ist das Anliegen einer Begleitung, die „den Menschen sieht".

Auch im folgenden Interviewausschnitt wird Begleitung weiter konkretisiert und als Knackpunkt der Pflegearbeit beschrieben:

> Ja, und dann kam halt dieser Knackpunkt. Entscheide ich mich dafür, Menschen in so schwierigen Situationen einfach :Begleitung zu sein, weil mehr kann man definitiv nicht sein, weil viele Therapien einfach nicht den Erfolg bringen, den die Patienten erhoffen, und den auch das therapeutische Team erhofft, oder verweigere ich mich dagegen und will das einfach nicht mehr sehen. Und ich konnte das dann eigentlich-, ich konnte mich da drauf einlassen, dass ich die Leute eigentlich begleite, und das ist eigentlich auch eine ganz große Ehre, jemand, den man so lange betreut hat, dann auch noch in seiner Sterbephase begleiten zu dürfen. [B-HB-14, 63-71]

Auch hier wird die Begleitung von der Therapie unterschieden. Sie ist einerseits weniger als Therapie, weil sie nicht mehr heilen kann, sie geht aber andererseits darüber hinaus, weil sie auch da noch geleistet werden kann, wo keine Therapie mehr etwas nützt. Damit wird auch hier wieder das Menschliche in der Begleitung als etwas bestimmt, das mehr ist als der (z.B. therapeutische) Bezug auf Körperlichkeit.

Wie eine solche Begleitung genau aussehen kann, wird in folgendem Interviewausschnitt deutlich:

> Also für mich war es schon immer wichtig, auf einer Entbindungsstation, wenn ich gespürt habe, dass eine Frau, oder ein Paar, wenn die Väter mit dableiben, Probleme haben, egal, welcher Art, dass ich ihnen dann schon richtig das Angebot gebe und sage, würden Sie sich gerne mal mit jemandem unterhalten, also dass man auch dafür neben dem medizinischen Alltag, sensibel ist. [...] Ja, ich versuche dann schon, ja, so den Patienten, es sind ja keine

> kranken Leute bei uns, dann auch im Ganzen zu begleiten, nicht bloß mit den Fragen, die jetzt die Geburtshilfe anbelangen. [B-EH-5, 485-493 i.A.]

Das Paar auf der Entbindungsstation wird begleitet, indem wiederum nicht allein die medizinischen Aspekte bedacht werden, sondern auch ein Gespür für andere Fragen gefordert ist, die nicht im einzelnen genannt werden und sich vielleicht auch gerade durch ihre Ungreifbarkeit von medizinischen Fragen unterscheiden.

Begleitung als eine Konkretion des Blicks für den Menschen wird wiederum durch die Unterscheidung bestimmt: vom reinen Versorgen, vom Therapieren und schließlich vom medizinischen Alltag und seinen Fragen. Wie der Blick für den Menschen selbst weist die Begleitung auf ein umfassenderes Wahrnehmen des Menschen hin, das jedoch letztlich an keiner Stelle so greifbar wird wie die Aspekte, von denen sie abgegrenzt wird.

2.2.3. Die Rechte von Patientinnen und Patienten

Eine zweite Konkretion des Blicks für den Menschen neben der Begleitung, die darin selbst nochmal konkretisiert wird, zeigt sich in dem Einsatz für die Rechte und den Willen der Patientinnen und Patienten.

> ... ich finde das jetzt für unser konfessionelles Krankenhaus besonders wichtig, dass es da dieses Ethik-Komitee gibt, und dass man sich in der hoch entwickelten Medizin schon bewusst Gedanken machen kann, also in der Begleitung für jeden einzelnen Menschen, und dass bei dieser-, ja, - der hoch entwickelten Medizin ja alles so, sagen wir mal, lehrbuchmäßig ablaufen muss, das ist eigentlich so mein Wunsch für uns als konfessionelle Einrichtung, dass Menschen, entschieden für jeden werden kann, wie er für sich entscheidet, auch in der Begleitung jetzt, und dass ein Patient, ja, für sich sagt, ich möchte das so, dass es für ihn auch diese Möglichkeit gibt, in der Begleitung auch... [B-EH-5, 281-289]

Hier findet sich eine Konkretion der Begleitung, die über die „hoch entwickelte Medizin“ hinausgeht, darin, dass sie sich für den Willen und die Entscheidungen eines Patienten einsetzt. Dieses wird auch explizit als Aufgabe des Ethik-Komitees verstanden.

Als Defizit wird ein ähnliches Anliegen zunächst in folgendem Interviewausschnitt angesprochen:

> Ich habe sehr gerne in dem Beruf gearbeitet und :damals hatte ich schon immer das Gefühl, es war, ich habe [Jahreszahl] angefangen, ich hab [Jahreszahl] Examen gemacht - dass :eigentlich die Hauptpatio-, äh, -person, der Patient, nee, ich will jetzt nicht sagen, zu wenig Rechte hat. Er wird zu wenig gefragt. Es wurde damals schon sehr viel oder vielleicht genauso viel über seinen Kopf entschieden. Und das hat mich damals schon mal geärgert. [B-HT-15, 26-32]

Das Desiderat, das hier formuliert wird, ist ein angemessenes Mitspracherecht des Patienten. Er wird als Hauptperson eingeführt, woraus sein Recht, gefragt zu werden, abgeleitet wird.

Wie der Wille des Patienten in diesem Interview konstruiert wird, wird an folgendem späteren Interviewausschnitt sichtbar:

> Und das fehlt mir so ´n Stück. Was mir oft so in der Pflege oder in der Med-, Medizin fehlt, dass der Mensch gesehen wird. Es wird also zu 99 Prozent oder zu 90 Prozent, also ich hab auch tolle Ärzte erlebt, wird nur der Fall gesehen. Der eigentliche Mensch, der da liegt und sagt: Lasst mich in Ruh! Ich will ja eigentlich gar nicht mehr. Ich möchte einfach nur meine Ruhe haben. Äh, der wird überhört. Und das ist das, was mich wütend macht. [B-HT-15, 72-78]

Der Wille des Patienten wird als Wille zum ruhigen Sterben gedeutet. Damit wird er besonders dann als verteidigenswert verstanden, wenn er sich gegen die übermächtige Medizin wehrt. Eine ähnliche Einstellung wird in folgendem Interview vertreten, das damit ebenso für viele weitere sprechen kann:

> ...ich kann es mit meinem Gewissen nicht mehr vereinbaren, was ich hier tun muss, weil´s auf dieser Station im, im Krankenhaus Wiesengrund, ja da hat das Sterben keinen Platz im Intensivbereich. Da wird einfach - ja, solang therapiert, so lange es nur geht [...], dass man im Krankenhaus eben nicht sterben darf, und nicht sterben kann. [B-WG-7, 66-89 i.A.]

Als Grundorientierung in den biografischen Interviews mit Pflegekräften aus den untersuchten Ethik-Komitees ist insgesamt das Eintreten für den „ganzen Menschen“ festzuhalten, was sowohl Patientinnen betrifft als auch das Personal. Es wird unterschieden von einer auf das Körperliche reduzierten medizinischen und technischen Sicht. Konkretisiert wird diese Grundorientierung am Menschen, soweit sie auf den Umgang mit Patienten bezogen ist, in der Begleitung von Patienten, die wiederum vom bloßen Therapieren oder Versorgen abgegrenzt wird, sowie im Eintreten für die Rechte und den Willen der Patienten, unter dem zum großen Teil der Wille zum Sterben verstanden wird, der vom medizinisch-technischen Falldenken unterdrückt wird.

2.2.4. Ethische Kommunikation

Die Mitarbeit im Klinischen Ethik-Komitee wird in den meisten Interviews mit dem Anliegen der „Menschlichkeit“ in Zusammenhang gebracht, das vor allem im Umgang mit Patienten und Patientinnen eingefordert wird, aber auch für den Umgang des Personals untereinander eine Rolle spielt. Neben dieser inhaltlichen Grundorientierung und Wertangabe, wie sie oben ausgeführt wurde, lassen sich in den Interviews spezifische Erwartungshaltungen an das Ethik-Komitee erkennen, die sich auf die Kommunikation beziehen. Sie betreffen grundlegende

Eigenschaften und Aufgaben des ethischen Diskurses, wie er für das Ethik-Komitee erwartet wird.

Auf einer allgemeinen Ebene, die nicht explizit auf das Ethik-Komitee bezogen ist, wird zunächst an verschiedenen Stellen folgende Einstellung vertreten:

> Werte sind für mich einfach, äh, den Anderen einfach auch zu achten, anzuerkennen, dass, dass man Rücksicht nimmt, vor allen Dingen auch, auf den Anderen,... [B-HT-11, 193-195]

Die Achtung des Anderen wird als grundlegender Wert im Umgang miteinander verstanden. Ähnlich drückt es folgender Interviewausschnitt aus:

> Ja, und die Akzeptanz, dass man den Anderen einfach auch so sein lässt, wie er ist, und ihn so akzeptiert, und versucht, dass man sich dann eben arrangiert im, im Berufsleben. Und des, glaube ich, ist auch schon ein Problem. [B-WG-7, 586-588]

Als grundlegender Wert des Miteinanders gilt die wechselseitige Akzeptanz. Damit sind starre Moralkonzepte, die auf die Durchsetzung einmal erkannter Richtigkeiten ausgerichtet sind, für den ethischen Diskurs offensichtlich ungeeignet. Was das für die Aufgabe des Ethik-Komitees bedeutet, zeigt folgender Interviewabschnitt:

> Und da ich da auch ziemlich, ähm, :aktiv mitgewirkt habe, bin ich dann also auch gefragt worden, ob ich also auch bereit wäre, in dieser Ethikkommission mitzuwirken, und da habe ich natürlich sofort Ja gesagt, weil ich denke, dass das eine Möglichkeit ist, erstens vielleicht auch gegenüber Problemen :offener zu werden, man hat da teilweise seine eigenen Vorstellungen, und versucht, sie durchzusetzen und sieht dann nie die Probleme-, wenn man sich selbst, wann man selbst von dem Problem nicht betroffen ist, anders als derjenige, der diese Probleme :hat. Und wenn man die dann auch von dem seiner Seite hört, kann man seinen Horizont erweitern. [B-EH-10, 166-174]

Das Ethik-Komitee wird gerade nicht zur Durchsetzung eigener Ansichten genutzt, sondern als Möglichkeit gesehen, den eigenen „Horizont“ zu erweitern. Hinter dieser Einstellung steht in der Biografie ein einschneidendes Erlebnis:

> Ja, vielleicht könnte ich das noch erzählen, das ist zwar sehr, etwas sehr Persönliches, aber mal so als Vergleich, wie das ist, dass wenn man selbst ein Problem bekommt, oder mit einem Problem-, wie man sich seine Meinung ändert. [...] ich war immer der Meinung, dass eine Ehe etwas Heiliges ist, etwas Besonderes ist, was geschützt werden muss, und für mich war es immer sehr unverständlich, wie jemand sich scheiden lassen kann. Vor allem, die Ehescheidung als Mit-, als Mittel der Wahl, als :erstes Mittel der Wahl zu benutzen und :nie als letztes Mittel der Wahl. Da sieht man jetzt schon, als letztes Mittel der Wahl, dass ich mich schon geändert habe. Und vor, vor einigen Jahren hat mein Onkel [...] aufgrund von großen Eheproblemen und psychischen Problemen Selbstmord begangen. Und bis dahin waren wir dann mittlerweile durch Familiengespräche soweit, dass wir gesagt haben, lass dich doch scheiden. Und :seitdem stehe ich dem ganz anders gegenüber, also viel offener.

> Und tu die nicht also gleich abwertend behandeln, weil man ja nie weiß, was die in ihrer Ehe durchmachen... [B-EH-10, 197-212]

In diesem biografischen Ausschnitt wird eine moralische Entwicklung beschrieben, die für die Pflegekraft eine entscheidende Einstellungsveränderung mit sich brachte: Moralische Fixierung auf bestimmte Normen wird zu ethischer Reflexion, die an der spezifischen Situation orientiert ist. Diese wurde zunächst für das Ethik-Komitee als Grund der Mitarbeit genannt und hier biografisch plausibilisiert.

Auch in anderen Biografien wird eine ähnliche Einstellung als Grundlage des ethischen Diskurses im Komitee angeführt:

> ..., also erstmal gehe ich von mir aus, ähm, es kommt jetzt immer drauf an, was es ist, entweder sage ich, also das kann nicht so sein, ne, so, aus meiner Situation raus, und dann denke ich, halt, stopp, so würdest du jetzt reagieren, hör dir doch erstmal die Anderen an, und wenn ich die Argumente dann alle habe, hm, dann vergleiche ich und fange an, und, äh, und sammel so ein bisschen und denke, ja, gut, da solltest du vielleicht doch ein bisschen Abstand von nehmen, [...] ich meine, äh, es gibt halt, wie gesagt, viele Wege, und man muss dann halt auch erstmal gucken, ne, aber, ähm, also, da kann man sehr gut zuhören, und ich finde das auch ganz :wichtig, ich finde das ganz wichtig, von jedem Einzelnen, also seine Argumente zu hören, aus seiner Sicht zu hören, wie er das Ganze sieht, und dann zu sagen, ja gut, also, da kann man dann auf einen gemeinsamen Nenner kommen, da kann ich Abstriche machen, da kann ich´s nicht, und, äh, das finde ich schon ganz wichtig und das bringt mir eigentlich auch sehr viel. [B-HT-11, 232-249 i.A.]

Die eigene Moralvorstellung wird in den Diskurs eingebracht, in dem genauso die Argumente anderer Einstellungen Platz haben. Durch diese Horizontweitung wird ein Abwägen zwischen möglichst vielen Perspektiven und Argumenten möglich, das zu einer gemeinsamen Lösung führen kann, aber nicht unbedingt muss.[4]

Ein Wandel von Ausgangseinstellungen wird auch in folgendem Interviewausschnitt als positive Voraussetzung des ethischen Diskurses gewertet:

> Und ich möchte mich jetzt irgendwie ganz gerne in die Arbeitsgruppe Sterbebegleitung einbringen, weil ich glaube, dass ich einfach durch diese langen Jahre der Betreuung auch ne sehr hohe Kompetenz entwickelt habe, damit umzugehen und vielleicht auch auf einem normalen Level befindliche Ideale, wie es in der Klink ablaufen könnte und sollte. [B-HB-14, 143-147]

Als Kompetenz wird einerseits die Erfahrung im Umgang mit Sterbesituationen verstanden, andererseits die Relativierung von Idealen, die an die Umstände angepasst und somit realistisch handhabbar wurden. Auch hier ist die

[4] Vgl. dazu auch: Inthorn in vorliegendem Band.

Voraussetzung des moralischen Wandels eine Relativierung von starren Ausgangseinstellungen. Erst durch sie scheint ethische Arbeit möglich zu sein.

Grundeinstellungen für den ethischen Diskurs im Klinischen Ethik-Komitee sind also die Achtung und Akzeptanz des Anderen, die Horizonterweiterung durch andere Perspektiven und Argumente sowie eine situationsorientierte Ethik, die starre Ideal- bzw. Moralvorstellungen relativieren kann und muss. Diese Erwartungen an das Ethik-Komitee sind zugleich eine Konkretion der inhaltlichen Grundorientierung und Wertsetzung der „Menschlichkeit“, die gegenüber Patientinnen und Patienten genauso wie im Miteinander des Personals gelten soll.

Im Folgenden sollen diese empirischen Ergebnisse in die ethische Theorie eingezeichnet werden und Bezüge zur Professionalisierungsdebatte in der Pflege hergestellt werden, so dass das Geflecht von Ethik und Professionalisierung der Pflege am Ort Klinischer Ethik-Komitees greifbar und konkretisiert werden kann.

3. Die Theorie: Bezüge zur Ethik- und Professionalisierungsdebatte in der Krankenpflege

3.1. Verantwortungsethos in Klinischen Ethik-Komitees

Die moralischen Werte und Grundorientierungen der Pflegekräfte weisen sowohl in der praktischen Umsetzung als auch in der Erwartung an ethische Kommunikation einen deutlichen Zusammenhang mit der postkonventionellen Entwicklungsstufe des moralischen Urteils auf, wie sie von Lawrence Kohlberg beschrieben wurde.[5] Gerade die mehrfach biografisch begründete und dargestellte Veränderung von einer moralischen Fixierung auf bestimmte (familiäre Gruppen-) Normen hin zu einer ethischen, also reflektierten Perspektive der Abwägung von damit relativen Normen angesichts der jeweiligen Situation und allgemeiner Prinzipien bietet eine Einordnung der erarbeiteten ethischen Perspektiven in das Entwicklungsschema Kohlbergs an.

Die postkonventionelle Stufe des moralischen Urteils soll im Folgenden an einem aktuellen pflegeethisch-philosophischen Entwurf, Ruth Schwerdts „Ethik für die Altenpflege“[6] konkretisiert werden und als Deskriptionsinstrument der vorliegenden Interview-Ergebnisse herangezogen werden. Hier steht wie bei den zitierten Pflegekräften die Pflegebeziehung im Mittelpunkt des Konzeptes, das sich an Martin Bubers dialogischem Ansatz ausrichtet. In der dialogischen Beziehungssituation, die das Handeln grundlegend ausmacht, ist das Prinzip der

[5] Vgl. die Stufen des moralischen Urteils zusammengefasst in: Colby, Anne/Kohlberg, Lawrence (1978): Das moralische Urteil. Der kognitionszentrierte entwicklungspsychologische Ansatz, in: Steiner, Gerhard (Hg.): Piaget und die Folgen. Entwicklungspsychologie, Denkpsychologie, genetische Psychologie, (Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd. VII), Zürich, 348-366, 357.

[6] Schwerdt (1998).

Ver-Antwortung zentral, das mit Buber als Antwort auf den Anruf des Anderen bestimmt wird. Dieser wird in einer dialogischen Form wahrgenommen, so dass im Anschluss an Hans Jonas gerade die ungleiche Machtkonstellation der Pflegebeziehung zur Verantwortung ruft. Damit stellt die Pflegebeziehung den grundlegenden Maßstab des Handelns dar: „Entscheiden und Handeln soll keineswegs jenseits der Normen stattfinden, aber weder Gewohnheit noch Maximen haben in der konkreten Situation, in der die oder der Andere als Gegenüber ernst genommen wird, verbindlichen Charakter in dem Sinne, daß der Dialog vermieden werden kann zugunsten eines Rekurses auf Überliefertes. ... Der moralische Konflikt stellt die ‚höchste Probe' nicht für Werte und Wissen, sondern für die ver-antwortende Person dar."[7] Wie in diesem pflegeethischen Entwurf Schwerdts steht auch in den besprochenen Interviews die personale Dimension im Mittelpunkt der Werte- und Grundorientierungen. Sie ist bei Ruth Schwerdt letztlich der sog. „technischen Dimension" der Pflege, die sich in Fachwissen, Können und Techniken ausdrückt, übergeordnet und stellt gegenüber Normen und Regeln den ausschlaggebenden Punkt des Handelns dar. Analog wird in den Interviews eine Priorität des Menschen vor der Technik betont und ein umfassendes Wahrnehmen des Menschen gefordert. In den Erwartungen an ethische Kommunikation werden diese Werte schließlich expliziert, indem die Achtung vor dem Anderen im Sinne einer dialogischen Beziehung als zentral angesehen und einer situations- und prinzipienorientierten Ethik bei gleichzeitiger Absage an starre Moralkonzepte das Wort geredet wird.

Auch wenn an dieser Stelle lediglich Andeutungen im Blick auf die ethische Theoriedebatte möglich sind, dürfte die Nähe des im Klinisches Ethik-Komitee vertretenen Ethos der Pflege zu einer postkonventionellen Entwicklungsstufe des moralischen Urteils, allzumal im Unterschied zu einer an festen Regeln und Normen orientierten konventionellen moralischen Entwicklungsstufe deutlich sein. Kennzeichnend für dieses Ethos ist die Orientierung an der personalen Dimension, die das Handeln je nach Situation im Diskurs mit Grundprinzipien neu verantwortet sein lassen muss und sich nicht von festgelegten Normenkatalogen und Regeln vollständig bestimmen lassen kann.

3.2. Verantwortungsethos und Professionalität in der Pflege

Für die Professionalisierungsdebatte ist ein wichtiges Kennzeichen, dass gerade auf die selbstständigen Beurteilungs- und Entscheidungskompetenzen besonderer Wert gelegt wird, die sich u.a. in der postkonventionellen Stufe moralischer Entwicklung abbilden. Dabei bezieht sich die pflegewissenschaftliche Diskussion vor allem auf die (struktur-) funktionalistische und interaktionistische Professionstheorie im Anschluss an Ulrich Oevermann, in der sich eine Reaktion auf Kritik an den klassischen Professionen in den 70er Jahren abzeichnet und die nicht

[7] A.a.O., 278.

zuletzt deswegen von der aus der traditionellen Perspektive höchstens als Semiprofession zu bezeichnenden Pflege konsequenterweise aufgegriffen wurde. Oevermann bestimmt als die Prinzipien professionellen Handelns zum einen ganz klassisch die wissenschaftliche Kompetenz des Verständnisses von Theorien und Konstruktionsverfahren, zum anderen die hermeneutische Kompetenz des Fallverstehens in der Sprache des Falles selbst und eben nicht im Sinne deduktiver Theorieanwendung.[8] Damit wird Professionalität „als eine situative Kompetenz verstanden, bei der unter Abschwächung der berufsständischen Aspekte des Professionalisierungsbegriffes die Anforderungen an das Berufshandeln als harter Kern definiert werden."[9] Die Komponente des hermeneutischen Fallverstehens in Oevermanns Professionsbegriff wird deshalb in aktuellen pflegewissenschaftlichen Professionstheorien als zentraler Aspekt professionellen Handelns aufgenommen. So unterscheidet Frank Weidners Ansatz[10] den traditionellen Typus des Pflegehandelns, der von einem unselbstständigen Dienstethos geleitet ist, von einem modernen eigenständigen und reflektierten Typus, der mit professioneller Kompetenz medizinisches, administrativ-organisatorisches und pflegerisches Fachwissen in konkreten Beziehungskonstellationen umsetzt. Diese pflegewissenschaftlichen Aspekte der Professionstheorie werden z.B. von Ruth Schwerdt in ihrer „Ethik für die Altenpflege" in den Zusammenhang mit ethischen Überlegungen gestellt, wenn sie als Voraussetzungen für eine professionelle Altenpflege zwei Dimensionen bestimmt, zum einen „berufsspezifische ... Fachkenntnisse sowie pflegepraktische (methodische) Fertigkeiten und Techniken"[11] und zum anderen „die personale Dimension der Pflegebeziehung", welche gegenüber der ersten Dimension „den Maßstab für – eben nicht quantifizierbare – ‚Pflegequalität'"[12] bildet. Diese personale Dimension der Pflegebeziehung als wesentliche Dimension des professionellen Handelns bildet wiederum, wie oben aufgezeigt, den Kern des pflegeethischen Entwurfs Schwerdts.

Einen ähnlichen Konnex zwischen ethischen und professionstheoretischen Pflegetheorien bildet Christa Olbrich in ihren Ausführungen zur „Pflegekompetenz"[13], indem sie vier Stufen der Pflegekompetenz aus deutlich ethischer Perspektive entwickelt: das regelgeleitete, das situativ-beurteilende, das reflektierte

[8] Vgl. Oevermann, Ulrich (1978): Probleme der Professionalisierung in der berufsmäßigen Anwendung sozialwissenschaftlicher Kompetenz. Einige Überlegungen zu Folgeproblemen der Einrichtung berufsorientierter Studiengänge für Soziologen und Politologen, Frankfurt am Main, 6f.

[9] Weidner, Frank (1995a): Professionelle Pflegepraxis – ausgewählte Ergebnisse einer Untersuchung auf der Grundlage eines handlungsorientierten Professionalisierungsverständnisses, in: Pflege 8. Jg., 49-58, 52.

[10] Weidner, Frank (1995): Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege, Frankfurt a. M..

[11] Schwerdt (1998), 300.

[12] A.a.O., 302.

[13] Olbrich, Christa (1999): Pflegekompetenz, Bern.

und schließlich das aktiv-ethische Handeln. Analog zu Kohlbergs Entwicklungsstufen entspricht die postkonventionelle erst der zweiten oder gar dritten bis vierten Kompetenzstufe, ist also auch hier eindeutig einer größeren Professionalität zugeordnet.

Das postkonventionelle Ethos, wie es sich in den vorliegenden empirischen Ergebnissen konkretisiert findet, steht also in engem Zusammenhang mit einem professionellen Berufsverständnis nach der pflegewissenschaftlichen Professionsdebatte. Die Forderung einer situations-orientierten Ethik, die sich von festen Moralvorstellungen unterscheidet und stattdessen an der personalen Dimension als wesentlichem Aspekt pflegerischen Handelns orientiert ist, korrespondiert mit der professionellen Dimension des „hermeneutischen Fallverstehens“ bei Oevermann und deren Rezeption im pflegewissenschaftlichen Professionsdiskurs.

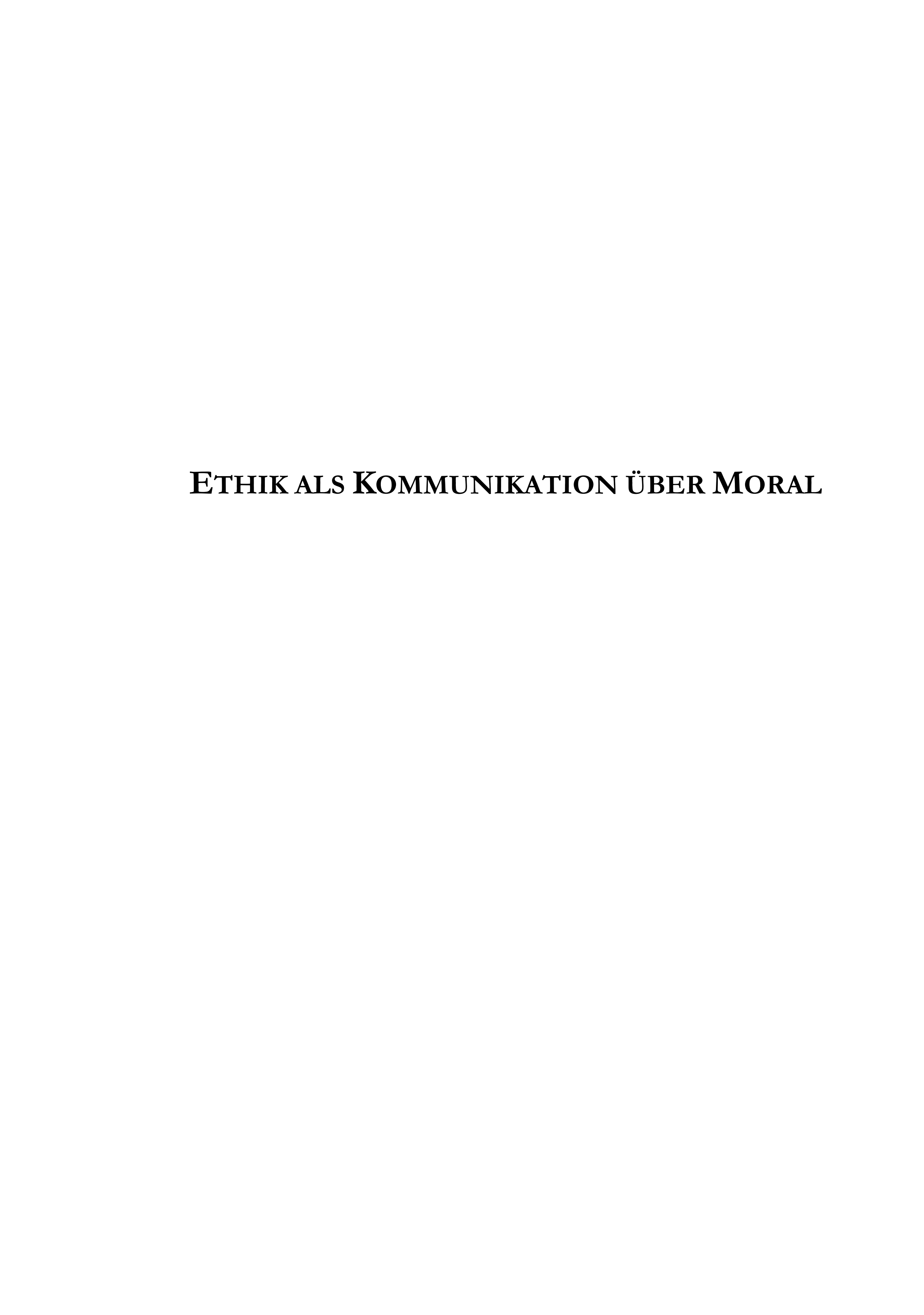
4. Die Konsequenzen: Klinische Ethik-Komitees als Professionalisierungsfaktor in der Krankenpflege

Die Tatsache, dass nach den vorliegenden empirischen Ergebnissen in den untersuchten Klinischen Ethik-Komitees die Pflegekräfte vornehmlich die postkonventionelle Stufe moralischer Entwicklung repräsentieren, ist insofern bemerkenswert, als diese Einheitlichkeit für die Berufsgruppe der Pflegenden nicht allgemein gelten kann.[14] Die Vermutung liegt deshalb nahe, dass zumindest für die Berufsgruppe der Pflegenden ein Zusammenhang zwischen der postkonventionellen Stufe und der Mitarbeit im Klinischen Ethik-Komitee besteht, wobei daraus nicht geschlossen werden kann, ob nun Klinische Ethik-Komitees diesen ethischen Ansatz hervorbringen oder aber nur Pflegende mit diesem Ansatz interessiert oder in der Lage sind, in Klinischen Ethik-Komitees mitzuarbeiten. Da wiederum, wie oben zu sehen war, die postkonventionelle Entwicklungsstufe moralischen Urteilens einem professionellen Berufsverständnis der Pflege zugeordnet werden kann, besteht auch ein Zusammenhang von Professionalität in der Pflege auf der einen und der Mitarbeit im Klinischen Ethik-Komitee auf der anderen Seite. Das hermeneutische Fallverstehen als die eine wesentliche Säule von Professionalität im Sinne Oevermanns wird in Klinischen Ethik-Komitees gefordert und eingeübt. Die Kommunikation als ethischer Sensibilisierungsfaktor gegenüber verschiedenen Perspektiven und Wertekonzepten setzt die Fähigkeit voraus, nicht klare Entscheidungen und moralische

[14] Vgl. dazu Lachmann, Mareike (2005): Gelebtes Ethos in der Krankenpflege, Stuttgart: In dieser methodisch vergleichbaren biografischen Studie werden verschiedene Ethos-Typen unter Pflegekräften (die nicht in Klinischen Ethik-Komitees mitarbeiten) ausgemacht, von denen lediglich eine der postkonventionellen Stufe moralischer Entwicklung im oben beschriebenen Sinne entspricht.

Weisungen als Ergebnis zu erwarten, sondern aufgrund des Perspektivwechsels eigenständige fallspezifische Positionen zu beziehen.

Im Zuge der Professionalisierungsdebatte in der Pflege insgesamt wie auch in der Pflegeethik im Besonderen ist von daher verstärkt ein Augenmerk auf die Beteiligung von Pflegekräften in Klinischen Ethik-Komitees und vermutlich auch auf andere Möglichkeiten der kommunikativen Fallsensibilisierung auf der Krankenhausebene zu richten.



ETHIK ALS KOMMUNIKATION ÜBER MORAL

Stephan Schleissing

„Wir leben ja nun mal nicht auf 'ner Insel"

Zum ethischen Sinn moralischer Kommunikation in Klinischen Ethik-Komitees

1. Tribunalisierung durch Moral? Ungeklärte Zuordnungen im Verhältnis von Beraten und Entscheiden

In ihrer Stellungnahme zur Ethikberatung in der klinischen Medizin hat die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) im Jahre 2006 die Einrichtung von Klinischen Ethik-Komitees nicht nur ausdrücklich begrüßt, sondern auch zur Einrichtung klinischer Ethikberatungsstrukturen im Gesundheitswesen aufgefordert.[1] Unter Bezugnahme auf wissenschaftliche Studien vor allem in den USA sowie den Erfahrungen in deutschen Krankenhäusern kommt die Kommission zu dem Schluss, „dass klinische Ethikberatung positive Auswirkungen auf die ethische Sensibilisierung, Kommunikation, Analyse, Argumentation und Entscheidungskompetenz von Mitarbeitern in Kranken-

[1] Vgl. Stellungnahme „Ethikberatung in der klinischen Medizin" der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer (24. Januar 2006), in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 103, Heft 24 vom 16. Juni 2006, A 1703-1707.

häusern haben.“[2] Gleichwohl identifiziert sie auch Probleme bei der Implementierung und Arbeit von Klinischen Ethik-Komitees. Zwar wertet die Kommission die Vielfalt moralischer Haltungen in den Ethik-Komitees durchaus als Vorteil für die Integration von Entscheidungen im Krankenhausalltag. Denn dadurch werde deutlich, dass sich verantwortliche Entscheidungen immer einer ganz bestimmten, professionsbedingten Perspektiven – z.B. des Arztes oder einer Pflegekraft – verdanken. Doch bisweilen wird der Gewinn an Multiperspektivität mit dem Preis einer Delegitimierung von Entscheidungsträgern bezahlt. Insbesondere bei einer klinischen Einzelfallberatung, die nicht zeitnah durchgeführt wird, haben die Mitglieder des Behandlungsteams dann „häufig“ das Gefühl, „sich vor einem ‚Tribunal‘ rechtfertigen zu müssen, und es kann das Missverständnis entstehen, dass ein Ethikkomitee besser in der Lage sei, eine schwierige ethische Entscheidung zu treffen als die Behandelnden.“[3] Darum hebt die Zentrale Ethikkommissionen in ihren abschließenden Empfehlungen nachdrücklich hervor, dass „eine ethische Fallberatung […] die Entscheidungsbefugnis und die Verantwortung des jeweils Handelnden nicht aufheben“ darf.[4]

Doch wie realistisch ist die von der ZEKO benannte Gefahr einer Delegitimierung von Entscheidungsträgern als Folge einer partizipativen Ethikberatung im Klinikalltag? Tendiert moralische Kommunikation von sich aus dazu, sich an die Stelle von Entscheidungskompetenz zu setzen bzw. diese zu unterminieren? Zu dieser Vermutung geben die Beobachtungsprotokolle im DFG-Projekt „Ethik und Organisation“ wenig Anlass. Vielmehr stützen sie die gegenteilige These, dass die kommunikativen Strukturen und die klinische Einbettung von Ethikberatung einer Delegitimierung von Entscheidungsträgern entgegenwirken. Warum Moral in Klinischen Ethik-Komitees auf diese Weise „entschärft“ wird, hat Friedrich Ley nach Auswertung der teilnehmenden Beobachtungen in diesem Projekt folgendermaßen plausibilisiert: Demnach reagiert die Implementierung von Ethik-Komitees in Krankenhäusern zwar regelmäßig auf eine als problematisch wahrgenommene Steigerung der Ausdifferenzierung von Aufgaben und Organisationsabläufen. Mit ‚Ethik‘ wird hier die Erwartung verbunden, auf der Ebene der Organisation zu (re)integrieren. Doch produziert der Versuch, auf dem Wege moralischer Kommunikation die organisationale Vermittlung wiederherzustellen, durchaus neue Ansprüche und Konfliktpotenziale: „Individuelle und institutionelle Moral sind nicht in jedem Fall miteinander vereinbar; Ähnliches gilt für das jeweilige Standesethos, das den Anforderungen komplexer interdisziplinärer Entscheidungen schwerlich allein aus sich selbst heraus genügen kann. Das Bedürfnis nach ethischer Orientierung tritt,

[2] AaO., 1706.
[3] AaO., 1705.
[4] AaO., 1707.

sozialpsychologisch betrachtet, in die Lücke der traditionellen Rollenfixierungen."[5] Nach dem Urteil Leys werden damit zwar komplizierte Problemkonstellationen auf der Ebene eines Komitees allererst kommunizierbar, insofern Ethik in diesen Komitees „vor allem als eine Chiffre der Thematisierung" fungiert.[6] Doch korrespondiert dieser Chiffrierung, die professionsspezifische Differenzierungen zumindest semantisch überbrücken soll, nicht notwendigerweise ein Konsens über die Frage, was jeweils der Fall ist. Auch wenn Ethik – zumindest in ihrer alltagssprachlichen Inanspruchnahme – das Gespräch über Differenzen und Probleme zunächst zu erleichtern scheint, weil in moralischen Fragen jeder ‚kompetent' mitreden darf, reproduziert sich in der Vielfalt moralischer Einstellungen doch zugleich die Differenz unterschiedlicher Sichtweisen auf ein Problem: „So vermag die praktizierte Interdisziplinarität und Multiperspektivität der Betrachtung innerklinischer Problemlagen die bestehende Strukturkomplexität nicht eigentlich und endgültig zu beheben."[7]

Moralische Kommunikation, so kann man Leys Beobachtungen zusammenfassen, dient nicht der Reduzierung von Komplexität im Krankenhausalltag, sondern bestätigt umgekehrt die Irreduzibilität funktional differenter Perspektiven. Aber – und das ist die spezifische Leitung der Ethikberatung: Über diese Differenzen kann man nun immerhin reden. Mit den Worten Leys: „Ziel ist entsprechend nicht so sehr die Problem*lösung,* als vielmehr die Problem*beschreibung.*"[8] Warum moralische Kommunikation direkt nicht als Teil einer Problemlösung aufgefasst werden kann, ist nach Armin Nassehi darauf zurückzuführen, dass „Moral gerade in der funktional differenzierten Gesellschaft [zwar] dazu [taugt], Themen kommunikationsfähig zu machen. Sie taugt aber gerade nicht dazu, zu integrieren, zu binden, im Gegenteil: sie erzeugt Differenzen, sie polemisiert, sie protestiert."[9] Weil es in alltagsweltlicher moralischer Kommunikation nicht einfach um die Richtigkeit von Gründen von moralischen Urteilen, sondern um Fragen menschlicher Achtung bzw. Missachtung geht,[10] stellt sich dann aber die Frage, wie in Klinischen Ethik-Komitees mit diesem „hochinfektiösen Gegenstand, den man nur mit Handschuhen und mit möglichst sterilen Instrumenten anfassen sollte", umgegangen wird.[11] Angesichts der tendenziell polemogenen ‚Natur' moralischer Urteile ist es Nassehi zufolge darum nicht überraschend, dass man

[5] Ley, Friedrich (2005): Klinische Ethik. Entlastung durch Kommunikation?, in: Ethik in der Medizin 17 Jg., 298-309, 306.

[6] AaO., 308.

[7] Ebd.

[8] Ebd.

[9] Nassehi, Armin (2006): Die Praxis ethischen Entscheidens. Eine soziologische Forschungsperspektive, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 52, 367-378, 374.

[10] Vgl. zu dieser Unterscheidung Luhmann, Niklas (1993): Ethik als Reflexionstheorie der Moral, in: Ders.: Gesellschaftsstruktur und Semantik. Studien zur Wissenssoziologie der modernen Gesellschaft, Bd. 3, Frankfurt a.M. , 358-447.

[11] AaO., 359.

„Ethik-Komitees […] geradezu [als] Veranstaltungen zur Vermeidung von Moral" bezeichnen kann.[12] In Anknüpfung an Wolfgang van den Daeles Analysen zur Rolle von Moral in diskursiven Verfahren der Technikfolgenabschätzung beobachtet auch Nassehi eine Umstellung von moralischer Legitimität auf Fragen praktischer Prozeduralität: „Jenseits der lautstarken Moralisierung als Medium der Sichtbarmachung von Konflikten und Positionen stehen also Versuche, dilemmatische Entscheidungen dadurch zu ermöglichen, unterschiedliche moralische Positionen so aufeinander zu beziehen, dass konsensfähige Entscheidungen möglich sind – und das heißt: Entscheidungen, die auch von jenen als legitim angesehen werden können, die innerhalb eines solchen Entscheidungsprozesses strengen moralischen Standards unterliegen. Exakt in diesem Sinne sind Ethik-Gremien Veranstaltungen zur *Verhinderung* von Moral und zur Generierung von Entscheidungen."[13]

Angesichts dieser Transposition von moralischer Legitimität in „Legitimation durch Verfahren"[14] möchte ich im Folgenden die Frage nach dem *ethischen Sinn der Verhinderung von Moral in Klinischen Ethik-Komitees* aus Sicht des verantwortlich Handelnden aufwerfen. Wenn es richtig ist, dass in moralischen Konfliktfällen eine prozeduralistische Ethik gerade dadurch Entscheidungen ermöglicht, dass sie diese entmoralisiert, dann ist damit ja noch nicht gesagt, inwiefern diese Verhinderung von Moral durch die betroffenen Akteure als bloße Kapitulation vor der Normativität des Faktischen oder aber als gesteigerte Wahrnehmung ihrer individuellen Verantwortlichkeit verstanden wird. Letzteres erscheint mir aber für die Aufrechterhaltung der Legitimität von Ethikberatungen in klinischen Komitees für unerlässlich. Anders formuliert: Die Umstellung von moralischer Kommunikation auf ‚Legitimation durch Verfahren' kann in einem Krankenhaus nur in dem Maße Anerkennung finden, in dem dieses Verfahren *als* Kommunikation noch einmal ethisch qualifizierbar ist. Meine im Folgenden zu entfaltende These besagt, dass diese Legitimität sich nicht auf der Ebene von moralischen Begründungen einstellt, sondern durch die organisationale Bereitstellung eines Verfahrens – dem Klinischen Ethik-Komitee – ermöglicht wird, das die Kommunizierbarkeit unterschiedlicher Intuitionen gestattet, ohne abschließend über deren moralische Richtigkeit zu urteilen. In dieser Perspektive impliziert die These, wonach Ethik-Komitees vor allem der Verhinderung von Moral dienen, ethisch gesehen keine bloße Negativanzeige. Denn die Beobachtung, dass es in

---

[12] Nassehi 2006, 374.

[13] AaO., 375.

[14] Vgl. Niklas Luhmann, der schon 1969 daran ging, angesichts des Umstands, „daß der Begriff der Legitimation längst schon durch Bezug auf die Faktizität des Meinens empirisch definiert ist, […] eine zweite Grundlage für eine Kontrolle der liberalen These in seiner soziologischen Theorie des Verfahrens zu gewinnen. Verfahren wird hier als ein soziales System besonderer Art, also als Sinnverbundenheit faktischen Handelns begriffen, Legitimation als Übernahme bindender Entscheidungen in die eigene Entscheidungsstruktur." (Ders.: Legitimation durch Verfahren, Frankfurt a.M. 1983, VIIf.)

Klinischen Ethik-Komitees gar nicht um die Begründung moralischer Urteile geht, kann ja durchaus den Schluss nahelegen, dass ‚Ethik' hier in einer ganz anderen Weise, nämlich als Artikulation eines personalen Ethos zum Thema wird. Ethik, so meine These, artikuliert sich im Alltag Klinischer Ethik-Komitees weniger in der Analyse und Prüfung moralisch tragfähiger Gründe, sondern in der Kommunikation von Selbstrepräsentationen, mit denen die handelnden Akteure in einem zu beratenden Einzelfall *sich selbst mit ihrem Handeln* zum Thema machen bzw. auf die Selbstrepräsentationen der anderen Mitglieder reagieren.

Wie diese ethische Reflexion professionellen Handelns in der Praxis vonstatten gehen kann, möchte ich zunächst exemplarisch an einem Konfliktfall aufzeigen, mit dem sich das Klinische Ethik-Komitee eines Krankenhauses zu befassen hatte. In der betreffenden Sitzung wurde genau dieses von der ZEKO markierte Problem der „Tribunalisierung" von Entscheidungsträgern zum Thema: Soll eine Entscheidungen der Geschäftsführung nachträglich in einem Ethik-Komitee Gegenstand moralischer Infragestellung sein? Im Folgenden geht es mir in einem ersten Schritt darum, die Artikulation der sittlichen Einstellungen auf dem Hintergrund der gegebenen Situationsbeschreibungen nachzuzeichnen und deren Funktion innerhalb eines Gesprächszusammenhanges einzuordnen. Anschließend will ich mich in zwei weiteren Abschnitten mit der Frage nach dem ethischen Sinn einer derartigen „Verhinderung von Moral" für die Kommunikation in einem Klinischen Ethik-Komitee auseinandersetzen.

2. Der ‚Fliegengitterfall'. Zur Ethisierung eines moralischen Konflikts

Die im Folgenden darzustellende Fallbesprechung ereignete sich im Krankenhaus Horntal auf einer außerordentlichen Sitzung des dortigen Ethik-Komitees. Anwesend waren insgesamt 10 Mitglieder, zwei Mitarbeiter der Forschungsgruppe ‚Ethik und Organisation' sowie die Pflegerin Frau Amori, die als Antragsstellerin den ‚Fall' zum Thema einer ethischen Beratung machte.

> Der Fall bezieht sich auf eine Situation Anfang August. Er sei an sich nicht spektakulär, versichert die Antragstellerin, habe jedoch unter den Pflegenden ihrer Abteilung erhebliche Unruhe hervorgerufen. Nachdem die Oberin des Krankenhauses, Frau Petrovič, dazu ermuntert habe, das Ganze dem Ethik-Komitee vorzutragen, sei sie dann auf Herrn Grauwald, den Vorsitzenden des Komitees, zugetreten. Jetzt wendet sie sich wieder der Fallbeschreibung zu. Sie selbst war zu der fraglichen Zeit für eine Woche im Urlaub, hat also erst nach ihrer Rückkehr von den Mitarbeitern der Station von dem Geschehenen erfahren. Es geht um eine 36jährige Krebspatientin. Diese wurde am 8. August eingeliefert, ihr Zustand war ausgesprochen schlecht. Die Krankheit befand sich in ihrer finalen Phase. Es bestand also keine Aussicht mehr auf Heilung. Der ganze Körper war bereits vom Krebs

befallen, es gab erhebliche Metastasenbildungen. Die Patientin war zum Zeitpunkt ihrer Einlieferung bereits sehr in sich gekehrt, ihre Pflege, an der ihr nicht mehr viel gelegen war, gestaltete sich ausgesprochen schwierig. […] Da die Metastasen bereits nach außen hin aufgebrochen waren, fährt die Antragstellerin fort, musste die Patientin mehrfach am Tage neu bandagiert werden. Die Wunden nässten stark und eiterten. Auch die Geruchsbildung war erheblich. In der betreffenden Zeit war es sehr heiß, weshalb man, wenn immer es möglich war, die Fenster geöffnet hielt, zumal es in dem Zimmer aufgrund der offenen Metastasen streng roch. Daraus jedoch entstand das entscheidende Problem. Ständig drangen Fliegen in das Zimmer ein, welche der Patientin zu schaffen machten. Von ihrem Wundgeruch angezogen kamen immer mehr Fliegen und setzten sich auf dem Körper der Patientin ab. Diese bat sehr darum, dem misslichen Zustand Abhilfe zu schaffen. Das Pflegeteam alarmierte daraufhin den technischen Dienst und bat darum, dass ein Fliegengitter vor dem betreffenden Fenster angebracht werde. Nach Rücksprache mit der Krankenhausleitung hieß es dann aber, ein Fliegengitter könne nicht angeschafft werden, weil dann auch die anderen Patienten des Krankenhauses nach solchen Schutzvorkehrungen verlangen könnten, was zu erheblichen Kosten führen würde. Das Pflegepersonal war über diesen ablehnenden Bescheid sehr verzweifelt. Zwei Mitarbeiterinnen haben weinend den Raum verlassen. Man sah sich als Anwälte der Patientin und musste dann erfahren, dass nichts geschieht. In den Betroffenen regte sich immer wieder der Gedanke: „Das kann doch nicht sein!“ Da diese Situation das Pflegepersonal noch einige Zeit nach dem Vorfall beschäftigt hat, entschloss man sich, das Ethik-Komitee anzurufen.

Nach der Fallschilderung ergreift der Vorsitzende des Ethik-Komitees, Herr Grauwald, das Wort und macht deutlich, dass es im Folgenden nicht darum geht, Anklage zu erheben, die Geschäftsleitung zu einer Rechtfertigung zu veranlassen oder nachträglich Recht zu bekommen. Es solle vielmehr die Konfliktstellung zwischen dem Wunsch nach einem menschlichen Umgang mit der Patientin und dem Willen, spontan zu Helfen auf der einen und der Sorge um die Finanzen des Hauses etc. auf der anderen Seite thematisiert werden. Außerdem gelte es, den Sachverhalt aufzuarbeiten, dass das Pflegepersonal im Unklaren zurückgeblieben sei und sich mit einem Gefühl völliger Hilflosigkeit belastet sah. (T-HT-9, 91-104, 111-139)

Die Eröffnung der Diskussion macht deutlich, dass der Vorsitzende des Ethik-Komitees das moralische Problem der ‚Tribunalisierung‘ des Verantwortlichen sehr genau im Blick hatte. Er markiert präzise die Aufgabe des anstehenden Gesprächs: Nicht um Rechtfertigung, sondern um eine Hermeneutik des Konflikts aufgrund unterschiedlicher sittlicher Intuitionen geht es. Herr Grauwald wollte das Dilemma in den Blick bekommen, dass die professionsbedingte Perspektivik – hier Geschäftsführung, dort Pflegepersonal – mit sich brachte. Es fällt auf, dass die von ihm genannten Absichten der Handelnden – hier spontane Hilfe, dort die Sorge um die Finanzen – beide positiv formuliert sind. Damit sollte die Achtung der handelnden Personen gewährleistet werden. Doch angesichts der

Dramatik der Fallschilderung von Frau Amori war diese intendierte Herstellung einer ethischen Symmetrie von Geschäftsführer und Pflegepersonal zunächst nicht mehr als eine Setzung. Nachdem die Antragstellerin den Raum verlassen hatte, konnte deshalb eine Rechtfertigung des zuständigen Geschäftsführers, Herrn Düwel, nicht ausbleiben, der nun seine Sicht des Problems vorbrachte.

> Nachdem die Tür hinter ihr ins Schloss fällt, ist es einen kleinen Moment sehr still im Raum. Grauwald beendet die kurze Phase des Schweigens und erklärt, es sei richtig, dass die Antragstellerin die Sitzung verlassen habe. Danach erteilt er Herrn Düwel das Wort. Dieser hat sich offenbar auf die anschließende Rede sorgfältig vorbereitet und beginnt ohne Zögern eine teils umschweifige, aber jederzeit klar gegliederte Argumentationskette zu entfalten. Herr Düwel berichtet, dass es bereits in den Wochen vor dem geschilderten Fall immer wieder Anfragen gegeben habe, ob nicht hier oder dort ein Fliegengitter angebracht werden könne. Die Hitze sei ja in diesem Sommer ein Dauerproblem gewesen, entsprechende Begleitphänomene, wie Mücken und Fliegen ebenso. Damit, signalisiert Herr Düwel, indem er dem aufgestellten Daumen seiner linken Hand den Zeigefinger erhebend hinzufügt, sei man dann auch beim zweiten Punkt angekommen: das „Fledermaus-Problem“. Beim abendlichen Lüften seien immer wieder Fledermäuse in die Zimmer und Flure des Krankenhauses eingedrungen. Auch in diesem Zusammenhang ist verschiedentlich um die Anschaffung entsprechender Vorkehrungsmittel gebeten worden. Namentlich die Station 6 habe entsprechende Forderungen geäußert. Daraufhin habe man drittens im Direktorium die Anschaffung gewisser elektronischer und duftstoffbasierter Abwehrmechanismen diskutiert. Denn die Vergitterung sämtlicher Fenster des Krankenhauses würde viertens nach Berechnungen Düwels mindestens 10.000 und 15.000 EUR gekostet haben. Zudem, das sei bekannt und unter hygienischen Gesichtspunkten nicht unproblematisch, sei die Wartung solcher Gitter extrem schwierig. Außerdem würden dadurch weitere Kosten produziert. Unter diesem Aspekt konnte dann seiner Ansicht nach, fünftens, auch im konkreten Falle keine Ausnahme gemacht werden. Sechstens verweist Herr Düwel darauf, dass das Pflegepersonal den Techniker in ungehöriger Weise angegangen sei. Ihr ganzer Ärger und das Unverständnis gegenüber der Entscheidung habe dieser zu spüren bekommen. Das sei ja „unmenschlich“ und, und, und. Das alles habe sich der arme Mann anhören müssen. Er selbst habe daraufhin, so der siebte Punkt, den Herr Düwel als Wegmarke des Prozesses hervorhebt, dem technischen Leiter den Rücken gestärkt und gesagt, dass ein derartiges Verhalten, wie es die Pflegekräfte gegen den Überbringer der Absage an den Tag gelegt hat, durchaus auch „arbeitsrechtliche Konsequenzen“ nach sich ziehen können. Es geht, das sei seine feste Überzeugung, nicht an, dass in aller Öffentlichkeit Entscheidungen der Klinikleitungen in Frage gestellt und mit moralischer Entrüstung quittiert werden. Deshalb, dies ist der achte und letzte Punkt, den Herr Düwel in diesem Zusammenhang anführt, hätte er sich gewünscht, dass sich das Pflegeteam an ihn persönlich gewandt hätte, um gemeinsam über alternative Lösungsvorschläge zu beraten. Als entscheidende Abschlussbemerkung fügt Herr Düwel – ein bisschen auf beiläufig

> getrimmt – hinzu, das Ganze sei für ihn im strikten Sinne eigentlich kein Fall für das Ethik-Komitee. (T-HT-9, 165-204)

Sittliche Intuitionen sind nie einfach „objektiv" gegeben. Sie artikulieren ein Gefühl von Entrüstung oder aber Mitgefühl bzw. Solidarität, demgegenüber sich der Andere entweder zu seinen eigenen Intuitionen bekennen kann oder aber argumentativ rechtfertigen muss.[15] Herr Düwel setzte zunächst eindeutig auf die zweite Strategie und stellte die unhintergehbare Sachlogik seines Handelns als alternativlos heraus. Dabei fällt auf, dass er auf die Not der Patientin und die Hilflosigkeit des Pflegepersonals mit keinem Wort einging. Skandalös erschien ihm einzig das Verhalten der Pflegekräfte gegenüber seinem Mitarbeiter, woraufhin er in der damaligen Situation auch arbeitsrechtliche Schritte ankündigte. Gleichwohl gab er in seiner Schlussbemerkung einen Hinweis, wie der Konflikt besser hätte bearbeitet werden können: durch Kommunikation des Pflegepersonals wären *damals* Alternativen denkbar gewesen. Angesichts der Abgeschlossenheit des Vorgangs mache es jetzt jedoch keinen Sinn mehr, diesen nachträglich im Ethik-Komitee zu beraten.

Wie interpretierte Herr Düwel seine Entscheidungssituation? Offensichtlich ist, dass er sich ganz auf den technischen Vorgang der Umstände einer Neuanschaffung konzentrierte und dabei vor allem seine Geschäftsführungskompetenz – Stichwort: Ist das bezahlbar? – in den Vordergrund rückte. Indem er seine damalige Entscheidung ausschließlich sachlich begründete, dokumentierte er darüber hinaus, dass er sie im Nachhinein ethisch nicht mehr für diskursfähig hielt. Weil er die Sachlogik ganz auf seiner Seite wähnte, das Kommunikationsdefizit jedoch nur beim Pflegepersonal verortete, war der Fall für ihn erledigt. Mit dieser Haltung stieß er jedoch auf Widerspruch.

> Grauwald, bereits selbst zu einer Entgegnung anhebend, erteilt Frau Gärtner das Wort, die durch ihre Meldung auf sich aufmerksam gemacht hatte. Diese äußert den Eindruck, bei Herrn Düwel sei der Gesprächsfaden nach der ursprünglichen Entscheidung bereits abgerissen gewesen. Er möge das bitte nicht missverstehen, sie selbst sei als Juristin in der Staatsanwaltschaft auch Teil einer Organisation, eines bürokratischen Systems und sähe sich selbst ähnlichen Schwierigkeiten ausgesetzt. Aber es gebe eben nicht nur Schwarz und Weiß. Es gelte daher die Mittelwege zu finden. Die Grundsätzlichkeit dieser Problemstellung qualifiziert den geschilderten Fall in ihren Augen dann doch als einen ethischen. Es geht ihres Erachtens um das grundsätzliche Miteinander im Krankenhaus. Wenn dabei die Pflegenden den Eindruck haben, dass sie oftmals auf der Strecke bleiben, sei das schon mal eine Reflexion wert. Grauwald zeigt Zustimmung für die Analyse Frau Gärtners. Auch er diagnostiziert ein Kommunikationsproblem. Vor allem auch hierarchische Konstellationen

[15] Zur Bedeutung moralischer Intuitionen für eine handlungsorientierte Ethik speziell in theologischer Perspektive vgl. Fischer, Johannes (2002): Theologische Ethik. Grundwissen und Orientierung, Stuttgart u.a., 124ff, 250ff.

> haben seiner Ansicht nach zu dem Konflikt geführt. Er selbst hätte „es sinnvoll gefunden“, wenn man zu einer Kompromiss- oder Ausnahmeregelung gelangt wäre.
>
> Herr Düwel äußert sich erneut. Es sieht sehr deutlich, dass er inzwischen immer mehr in eine Verteidigungsposition zu geraten droht und will das so gut es geht in seinen Redebeiträgen vermeiden. Er bemüht sich, „objektiv“ zu bleiben, will nur anführen, dass die Schwarz/Weiß-Malerei ebenso durch das Pflegepersonal betrieben worden sei. Das sei auch verständlich, schließlich handelte es sich um „eine sehr emotionale Sache“. Damit sei es nun aber auch gut für ihn, wenn möglich will er sich ab sofort aus dem weiteren Verlauf der Diskussion heraushalten. Grauwald geht auf die Rede Herrn Düwels ein, indem er versichert, es ginge weder ihm persönlich noch dem Ethik-Komitee darum, sich in Angelegenheiten der Geschäftsleitung einzumischen. Frau Gärtner versucht im Anschluss hieran, das Gespräch auf eine andere Ebene zu bringen und fragt: „Gibt es denn irgendwelche *rechtlichen* Einwände dagegen, dass eine Patientin ein Fliegengitter kauft und anbringen lässst?“ Herr Düwel entgegnet, dies sei nicht der Punkt, vielmehr gehe es um die Entscheidungskompetenz der Klinikleitung als solche. Die eigentliche Frage beantwortet er gar nicht. Er zeigt sich vor allem dadurch irritiert, dass andere Instanzen im Krankenhaus sich das Recht nehmen, sich mit „schließlich wohlüberlegten“ Entscheidungen des Direktoriums nicht einverstanden zu erklären und diese dann moralisch in Frage zu stellen.[16] (T-HT-9, 225-258)

Es war Düwel selber, der in seiner Fallbeschreibung darauf hingewiesen hatte, dass zwischen der Legitimität seiner Entscheidung und der Frage, wie diese kommunikativ zustande gekommen ist, zu unterscheiden sei. Gärtners Einlassungen nahmen diese Differenz nun auf, was bei Düwel auf Zustimmung stieß: Indem Gärtner die Frage der richtigen Kommunikation nicht nur als damaliges, sondern als aktuelles Problem zur eigentlichen ethischen Frage erklärte, bewegte sie Düwel zu einem Zugeständnis: Die zunächst monierte Passivität des Pflegepersonals, die das Gespräch mit ihm nicht gesucht hätte, sei verständlich gewesen, schließlich sei „die Sache“ ja sehr „emotional“. Auf dem Wege der Perspektivenübernahme war nun eingetreten, was schon Grauwald intendiert hatte: eine Entmoralisierung des Konflikts durch Anerkennung der „guten Absichten“ auch der anderen Seite. Die nun erreichte Chiffrierung des Konflikts als „Kommunikationsproblem“ hatte es jetzt ermöglicht, nicht nur das Verhalten, sondern eben auch die dahinterstehenden Erfahrungen und Erwartungen zu berücksichtigen, die das Handeln damals leiteten. Nun standen sich unterschiedliche Sichtweisen auf das Problem gegenüber, die durch die Eigenart

[16] Ergänzend zu dieser Stelle heißt es in einem weiteren Beobachtungsprotokoll: „Frau Gärtner fragt an dieser Stelle, welche rechtlichen Bestimmungen denn existieren würden, wenn beispielsweise die Patientin selbst ein Fliegengitter zu kaufen angewiesen hätte? Daraufhin antwortet Peter Düwel, dass dies seiner Meinung nach keine Lösung sei und er dies auch nicht akzeptieren könne, einzig die getroffene Entscheidung zähle und es sei nicht üblich, dass Patienten für die Ausstattung im Patientenzimmer sorgen würden.“ (T-HT-10, 208-214)

der Situation evoziert worden waren und darum – jede für sich – ein gewisses, zumindest subjektives Eigenrecht beanspruchen konnten. So konnte die Umstellung von moralischer Entrüstung auf Kommunikation über situativ bedingte Handlungsperspektiven das Thema der Symmetrie zwischen den beiden Seiten – Pflegepersonal versus Geschäftsführung – intonieren. Das zeigte auch der sich anschließende Gesprächsgang, der nun die Situation der Pflegenden auf Station vor allem auch durch Stellungnahmen aus ärztlicher und pflegeleitender Sicht in den Blick nahm. Ohnmachtsgefühle der Mitarbeiterinnen wurden als Probleme im Umgang mit der Hierarchie identifiziert, wobei die Frage im Vordergrund stand, wie eine Verbesserung der Kommunikation z.B. mit Hilfe von Mediation oder Konfliktmoderation zwischen den unterschiedlichen Arbeitsebenen des Krankenhauses erreicht werden könne. Immer deutlicher wurde, dass der eigentliche Gegenstand der ethischen Beratung im Komitee nun nicht mehr der damalige Fall, sondern der grundsätzliche kommunikative Umgang im Krankenhaus war. Und doch – aus Düwels Sicht erfassten all diese Verbesserungsvorschläge nicht das Problem, das sich aus *seiner* Perspektive zentral stellte: Kann die Geltung von Entscheidungen nachträglich aus moralischen Gründen nochmals in Frage gestellt werden?

> Obwohl er dies laut eigener Ankündigung eigentlich nicht mehr tun wollte, greift nun Herr Düwel wieder persönlich in die Diskussion ein. Er findet, dass die Station seinerzeit sehr extrem reagiert habe und überhaupt werde er den Verdacht nicht los, „dass die Station das Ethik-Komitee instrumentalisiert. Ich habe das kommen sehen." „Aber", stellt Herr Grauwald dagegen, „ist diese Instrumentalisierung nicht vielleicht legitim?" Schließlich sei es doch besser, das Problem auf dem Umweg über das Ethik-Komitee zu lösen, als es unter den Tisch fallen zu lassen. An diesem Punkte setzt Frau Gärtner ein: „Ich möchte warnen!" Man könne nicht einerseits sagen, dass die Mitarbeiter im Falle von Unklarheiten sich jederzeit an das Ethik-Komitee wenden könnten, dann aber in eben einem solchen Moment sagen: „Das ist kein Fall für uns!" Dieses Problem habe er auch gesehen, erklärt Grauwald. Deshalb habe er sich entschieden, den Antrag in einer Sondersitzung des Klinischen Ethik-Komitees zu diskutieren. Nochmals wirft er die Frage auf: „Was hätte die Kommunikation wieder in Gang gesetzt?" Frau Petrovič: „Man hätte z.B. *mich* ansprechen können!" Weder sie noch Herr Düwel würden irgendjemanden, der um ein Gespräch bittet, zurückweisen. Und wenn's gerade mal nicht passen sollte, würde man halt einen Termin vereinbaren. „Aber niemand muss befürchten, zurückgewiesen zu werden." Diese Möglichkeit eines direkten Gespräches bliebe allzu oft ungenutzt. Immer wieder würde sie ihre Gesprächsbereitschaft signalisieren. „Doch was nützt es? Umgekehrt, wenn ich auf die Station gehe, sagt keiner was! Meine Tür, und auch die von Herrn Düwel, steht jedermann offen. Es gibt doch kein Gitter vor der Tür!" „Aber es gibt ein inneres [Gitter]", erwidert Frau Frey. Dem kann auch Frau Baldauff nur beipflichten. […] Insgesamt aber besteht in dem Ethik-Komitee Einigkeit darüber, dass es gut war, dass die Station IV das Thema noch einmal angesprochen hat und es nicht bei einem untergründigen „Grummeln" geblieben ist.

Auch Herr Düwel möchte sich nun einmal in den Strom der Wohlmeinenden einfädeln und bekennt, dass ihm selbst die Möglichkeit, einfach ein Moskitonetz über dem Bett anzubringen, gar nicht in den Sinn gekommen ist.[17] „Das hab ich mir vorhin gleich mal aufgeschrieben."[18] „Jetzt kommen wir aber wieder weg vom Punkt", wirft die Gynäkologin Frau Frey ein. Das Thema Kommunikation solle noch ein wenig weiter verfolgt werden. (T-HT-9, 366-388, 399-406) […]

Frau Baldauff lenkt das Gespräch in die eben verlassene Bahn zurück. Sie habe sich gefragt, wenn bereits in einem so kleinen Krankenhaus wie Horntal das Hierarchieproblem gegeben ist, „Wie machen es dann die anderen Kliniken?" Frau Gärtner äußert sich wie folgt: „Eine Entscheidung in einer Hierarchie ist kein Dogma und kein Gesetz. In der Kommunikation *kann* und *sollte* fortgefahren werden!" Sie bittet dies festzuhalten. Nachdem Frau Klement in einer Variation dieses Statements vor allem das „sollte" betont hatte, setzt Frau Gärtner nochmals die Zweckmäßigkeit einer Doppelbestimmung auseinander. „Also, in der Kommunikation *kann* und *sollte* fortgefahren werden!" Hieraufhin schließt Grauwald seinen bereits mehrfach mitgeteilten Gedanken an. Bis zu einem bestimmten Punkte sei die Kommunikation durchaus zufriedenstellend gelaufen, dann aber habe man die Auskunft der Klinikleitung als Dogma aufgefasst.

In Opposition vor allem zu Frau Gärtner formuliert Herr Düwel an dieser Stelle seine Auffassung zum Thema Kommunikation über Entscheidungen. Eine Entscheidung der Klinikleitung wird prinzipiell nicht hinterfragt. Wenn in der Diskussion um die Alternative Rot oder Blau einmal auf Blau entschieden worden sei, könne nicht ständig wieder jemand daherkommen und über Rot diskutieren wollen, weil er mit Blau nicht einverstanden ist. Als auf diese Äußerung hin etwas (nonverbale) Unruhe unter den Komiteemitgliedern aufkommt, fügt er hinzu: über geeignete Alternativen können man sich ja verständigen, aber Diskussionen ein und desselben Falles, zu dem bereits eine Entscheidung des Direktoriums vorliegt, könne nicht ständig von neuem debattiert werden. Frau Gärtner, die ich in der gesamten Sitzung (neben Frau Frey, s.u.) als die einzige wirkliche Gegenstimme zu Herrn Düwel ausgemacht habe, weist darauf hin, dass Kommunikation immer zwei Seiten habe. Es gehe nicht an, einerseits seine Gesprächsbereitschaft herauszustreichen und dann auf der anderen Seite in kritischen Momenten die eigenen Entscheidungen kompromisslos absolut zu setzen. Neben Rot seien als Alternativen immerhin noch die Optionen Rosa, Violett oder auch Orange gegeben. […] Nicht wesentlich erschüttert von dem Einwand Frau Gärtners beharrt jedoch Herr Düwel darauf, dass Entscheidungen des Leitungsteams nicht „zerredet" werden dürften. Frau Frey konstatiert, auf den bisherigen Gesprächsverlauf

[17] Diese Möglichkeit hatte die Patientenvertreterin Frau Hansen zuvor im Gespräch als praktischen Lösungsvorschlag für die damalige Situation erwogen.

[18] Ergänzend zu dieser Stelle interpretiert der Verfasser des weiteren Beobachtungsprotokolls: „Nun habe ich den Eindruck, dass Herr Düwel einen Anflug von Selbstkritik zeigt, denn auch in seiner Darstellung wurde nicht deutlich, ob er nach weiteren Alternativen zur Lösung gesucht habe." (T-HT-10, 340-342)

> zurückblickend, dass sich die Fronten nun zusehends verhärten, obgleich alle betonten, dass man so weit eigentlich gar nicht auseinander sei. Ihrer Ansicht nach braucht es in Kontroversen, die über hierarchisch differenzierte Ebenen hinweg geführt werden, immer auch das Signal, dass Alternativen gesucht werden und damit als Diskussionsgegenstand zulässig sind. (T-HT-9, 418-454)

Die Feststellung Freys brachte den erreichten Stand der Diskussion auf den Punkt: Einerseits machte das wiederholte Insistieren Düwels auf die Anerkennung seiner Entscheidungsbefugnis deutlich, dass deren Infragestellung die Arbeitsteilung in einem Krankenhaus konterkariere. Insofern hatte die Diskussion keine Fortschritte gemacht, was die Rede vom „Verhärten der Fronten" signalisierte. Andererseits hatten aber doch die Beteiligten den Eindruck, „dass man so weit eigentlich gar nicht auseinander sei." Woher rührte aber dieser Eindruck einer besseren Verständigung? M.E. verdankte sich die konstatierte Annäherung „in der Sache" der Einsicht, dass *beide* Positionen für sich beanspruchen konnten, verantwortliches Handeln intendiert zu haben. Sowohl die Entscheidungen der Geschäftsführung als auch ihre legitime Hinterfragbarkeit im Hinblick auf „geeignete Alternativen" (Düwel) waren anerkennungsfähig. Sie waren Ausdruck eines Dilemmas, das seine Ursache nicht in der Böswilligkeit der Akteure, sondern in der strukturellen Asymmetrie hat, dass Entscheidungen von den davon Betroffenen letztlich nur hingenommen werden können. Indem man jedoch diese Ungleichheit als Problem der *Angemessenheit* zum Thema machen konnte, beförderte die skizzierte Diskussion im Ethik-Komitee die Einsicht, dass Entscheidungssituationen nie einfach nur durch die vermeintlich objektive Sachlogik determiniert sind, sondern durch eine bessere Kommunikation im Hinblick auf negative Folgen bzw. positive Alternativen adäquater verstanden werden können. Das hatte das Gespräch im Ethik-Komitee zumindest an sich selbst erwiesen: Indem man es nicht bei einem „untergründigen Grummeln" belassen hatte, war die Situativität von Entscheidungen selber kommunikationsfähig geworden, mit der Folge, dass diese nicht als „Dogma" angesehen werden mußten, wenn sie als Entscheidungen – zugleich! – doch anzuerkennen waren. Gärtners Feststellung fürs Protokoll wies hier in eine das strukturelle Dilemma vermittelnde Richtung: „In der Kommunikation kann und sollte fortgefahren werden!" Diesen Satz konnte man auch in Anwendung auf die Arbeit des Ethik-Komitees verstehen: Wenn dieses die Abwägung konfligierender Situationsbeschreibungen als Ausdruck unterschiedlicher Perspektiven auf ein Problem kommunizierbar machte, dann bewirkte diese Kommunikation zwar keine Aufhebung der Entscheidungsasymmetrie, aber doch ein Verstehen ihrer situativen „Logik". Dieses Verstehen stellt sich aber nicht einfach „objektiv" her, sondern ist Ergebnis einer Kommunikation, über deren Angemessenheit gleichwohl gestritten werden kann. An dem skizzierten Gesprächsgang wird deutlich: Auch wenn Düwel in seiner Argumentation immer wieder die moralische Legitimität seiner damaligen Entscheidung in Erinnerung rief, stellte sich ein

Verständnis für sein Verhalten nicht durch einen moralischen Rechtfertigungsdiskurs her, sondern durch die gemeinsame Diskussion der Auslegung einer Kommunikationssituation, deren Verfahren schon rein formal dafür sorgte, „dass man so weit eigentlich gar nicht auseinander sei." Im Nachhinein stand nicht zur Debatte, ob Düwel richtig gehandelt hatte, sondern ob alternative Verhaltensmöglichkeiten rückblickend denkbar gewesen seien. An die Stelle einer moralischen Diskussion über Düwels Verhalten trat so der Diskurs über den gegenwärtigen *ethischen* Stellenwert von Kommunikation und seine konstruktive Funktion in Konfliktfällen.

3. Einverständnis trotz Differenz. Die befriedende Funktion ethischer Kommunikation

Dass der ethische Sinn von Kommunikation in Klinischen Ethik-Komitees vor allem darin liegt, die Differenz unterschiedlicher Perspektiven auf ein moralisches Problem anerkennungsfähig zu machen, ist zunächst nicht mehr als eine These, die sich der Beobachtung dieser Kommunikation verdankt. Demgegenüber steht z.B. Düwels Diktum, wonach er in dem oben geschilderten Konfliktfall „den Verdacht nicht los [wird], dass die Station das Ethik-Komitee instrumentalisiert." Fungierte dieses also letztlich doch im Krankenhaus wie ein moralisches Tribunal? In einem Interview zu seinem beruflichen Selbstverständnis als Geschäftsführer, das ein dreiviertel Jahr nach dem ‚Fliegengitterfall' stattfand, hat Herr Düwel dazu folgende Aussagen gemacht.

> Interviewer: Wie würden Sie inklusive oder auch abgerechnet dieses speziellen Falls, an dem Sie das gerade geschildert haben, so das Verhältnis zwischen Leitlinien, Ethik-Komitee und Direktorium beschreiben? Da gibt es ja Zusammenhänge, wechselseitige Beeinflussungen.[19]
>
> Düwel: Insgesamt denke ich schon, dass dieses Verhältnis recht ausgewogen ist. Also die – das Leitbild an sich ist ja nun eine, eine, eine feststehende Größe, [zugleich] sicherlich auch veränderbar. Es wird auch irgendwann, ob das dieses Jahr geschehen wird oder nächstes Jahr sei dahin gestellt, äh, auf [der Ebene unseres Dachverbands] die Frage aufgeworfen werden und auch beantwortet werden müssen: Wollen wir dieses Leitbild noch einmal evaluieren, muss es ergänzt werden, überarbeitet werden, wenn ja durch wen und in welchen Punkten? Das steht sicherlich auf der Tagesordnung für dieses oder spätestens :nächstes Jahr. Insofern ist es keine feststehende Größe. Ich denke, dass letztlich das Ethik-Komitee, mhm, einen, eine, ein Stellenwert hat in der Umsetzung, in der Spürbarkeit, im Erleben, in

[19] Zuvor hatte Herr Düwel davon berichtet, dass das Krankenhaus Horntal sich an der Entwicklung eines Leitbildes auf der Ebene des Dachverbands beteiligt hatte. Der „spezielle Fall", von dem in der Frage an Düwel die Rede ist, bezieht sich auf seine Schilderung des Falls einer Schwangerschaftsunterbrechung im Krankenhaus Horntal, die im Klinischen Ethik-Komitee Gegenstand einer Beratung war, was Düwel als ausgesprochen hilfreich empfand. (vgl. E-HT-9, 691-802)

> der Umsetzung dieses Leitbildes – hat es einen Stellenwert, ist es :spürbar. Es wird sichtbar für den Mitarbeiter, aber auch sicherlich für den Patienten dieses Hauses, in dem er einen Gesprächspartner findet, indem er sich erst einmal artikulieren kann, wo er auch das Gefühl hat, zu Recht das Gefühl hat: Ich werde jeder hier, mhm, wahrgenommen, ich werde ernst genommen, und ich werde in gewisser Weise auch :neutral behandelt oder=oder=oder wahrgenommen. Nicht gleich in einem Rollenverständnis: Geschäftsführer oder behandelnder Arzt oder, mhm, Pflegegesetz, wo ja gleich ein – in allen Beziehungen, die ich versucht hatte darzustellen, tendenziell erst mal oder könnte tendenziell ja schon ein gewisses :Konfliktpotential drin sein. Hier werde ich also im Ethik-Konzil erst mal :neutral, äh, wahrgenommen. Und ich habe die Möglichkeit, es auch auf einer neutralen Bühne darzubieten, ohne dass es gleich zu Angriff und Verteidigung kommt. [Interviewer: Mhm.] Das denke ich, ist schon mal sehr, sehr positiv. Äh, – was das Direktorium angeht, denke ich und da bin ich davon überzeugt, dass es das Direktorium dieses Entstehen ja letztlich positiv begleitet hat, auch mit initiiert, und von daher natürlich auch der Wirkungsweise oder der Existenz, äh, der Arbeitsweise dieses Ethik-Komitees dem Grunde nach äußerst positiv gegenüber steht. Ich denke, es würde also sehr konfliktträchtig sein können, wenn ein :Teil oder die Gesamtheit des Direktoriums, äh, kritisch oder negativ grundsätzlich erst mal eingestellt wäre dem Ethik-Komitee gegenüber. Dann, denke ich, würde es keine gute Harmonie oder Zusammenarbeit geben. Insofern denke ich aber, ist es hier in dem Hause halt anders. Und von daher akzeptiert auch das Direktorium die Arbeitsweise, die Denkungsweise, äh, des Ethik-Komitees, was nicht immer heißt, dass die Entscheidungen oder die Voten :so waren, wie es sich beispielsweise der Geschäftsführer es, mhm, jetzt unter welchen Kriterien auch immer :gewünscht hätte. Es gab auch durchaus die Situation, wo auch im Ethik-Komitee kontrovers :diskutiert wird [Interviewer: Mhm.] und das soll ja auch so :sein. Aber dennoch denke ich, ist's auch eine Entscheidung, die, mhm, vom Direktorium oder von einzelnen Mitgliedern des Direktoriums zumindest hinterfragt wird. Oder, mhm, damit hab ich meine Probleme, mit diesem :Votum. Auch dann sind die Voten akzeptiert worden und letztlich respektiert worden. Und das ist, denke ich, so, dass man da ein durchaus ausgewogenes Arbeitsverhältnis unterstellen kann. (E-HT-9, 769-808)

Der Sinn ethischer Leitlinien im Krankenhaus, das machen die Ausführungen Düwels deutlich, verwirklicht sich vor allem in der Praxis einer belastbaren Kommunikationsatmosphäre. Für ihre Mitglieder fungiert das Klinische Ethik-Komitee als Ort der „Spürbarkeit“ von Leitbildern, deren Tragfähigkeit sich daran misst, inwieweit der einzelne das Gefühl erlebt, „wahrgenommen“ und „ernst genommen“ zu werden. Auffallend ist die Beschreibung persönlicher Achtung als „neutral“. Düwel präzisiert dies umgehend, wenn er hinzufügt: „nicht gleich in einem Rollenverständnis.“ Im positiven Sinne *neutral* ist demnach eine gegenseitige Anerkennung der Gesprächsteilnehmer, wenn sie Handlungen oder auch Gesprächsbeiträge nicht sofort auf bestimmte Funktionen der Entscheidungsträger zurechnet, sondern grundsätzlich die Achtung der *Person* zur Voraussetzung hat. Diese konkretisiert sich gerade darin, dass im Ethik-Komitee moralische

Urteile – „Angriff und Verteidigung“ – zunächst zurückgestellt werden und der Einzelne auf „neutraler Bühne“, d.h. strikt entlang der Frage, wie Probleme *beschrieben* werden, agieren kann. Doch was trägt eine derartige Problembeschreibung für die Frage, wie entschieden werden soll, aus? Düwel macht sich da keine Illusionen. Gerade im Verhältnis von Direktorium und Ethik-Komitee hatte man oft die Erfahrung gemacht, dass deren Entscheidungen sich nicht mit dem Votum des Ethik-Komitees deckten. Gleichwohl: „Auch dann sind die Voten akzeptiert und letztlich respektiert worden.“ Warum diese Differenz zwischen ethischer Fallberatung und Entscheidungsbefugnis der Verantwortlichen letztlich *kein* sich ausschließender Gegensatz, sondern sehr wohl eine sinnvolle Ergänzung darstellen, machte Düwel im Interview mit folgenden Aussagen deutlich:

> Interviewer: Sie haben geschildert, wie das Ethik-Komitee, ja, die Funktion erfüllt, die einzelnen Tätigkeitsprofile, die berufsspezifischen Ausrichtungen der dort redenden Mitglieder, etwas zu Gunsten einer am Sachproblem orientierten ethischen Diskussion abzumildern. Wenn man nun aber einmal in Rechnung stellt, dass Sie trotz alledem Geschäftsführer sind, wie der Arzt nun als Arzt dort sitzt und der Pfleger als Pfleger. Wie würden sie dann ihre Aufgabe in dem Ethik-Komitee bestimmen?
>
> *Düwel: - - - - - - Meine Aufgabe sehe ich sicherlich darin, – ob in der Diskussion oder eben in, in, in meinem Einbringen in diesem Komitee, äh, – zumindestens zu versuchen, ob es immer gelingt, weiß ich nicht, ob es immer richtig ist, weiß ich auch nicht, zumindestens zu versuchen, äh, bestimmte Rahmenbedingungen einfach nicht ganz außer Acht, äh, geraten zu lassen. Es bringt uns letztlich, äh, es wird auch das Ethik-Komitee ja nicht unbedingt weiterbringen, wenn hier in einer Diskussion Wunschbilder oder=oder Wunschvorstellungen plötzlich manifestiert werden, [Interviewer: Mhm.] in der Gestalt, dass man nun sagt: Gut o.k., wenn bestimmte Dinge da sind, was weiß ich, Patienten im finalen Stadium, dann muss einfach dies und jenes noch, äh, leistbar sein. Es muss, äh, jetzt bin ich polemisch, ich weiß. Es müssen also 27 Leute darum und es muss alles wunderbar kuschelig und was auch immer sein [Interviewer: Mhm.] und darf keine Störung von außen und, äh, so da im Prinzip einfach noch mal drauf hinzuweisen, dass das 'ne Wunschvorstellung ist, was wir hier nicht realisieren können. Denn wir leben ja nun mal nicht auf 'ner Insel. Wir sind an bestimmte Rahmenbedingungen gebunden, und ich denke, dass das sicherlich, äh, - - die, die=die, vielleicht die Hauptaufgabe ist, die für mich im Ethik-Komitee, äh, anzusprechen ist. Aber genauso wichtig, denke ich, ist es, die – der=der Nutznieß, den ich auch als Geschäftsführer :aus der Mitgliedschaft des Ethik-Komitees ziehe, indem, mhm, – für mich einfach auch deutlich wird, dass diese Rationalität eines gewissen Denkens, was nun mal 'n Betriebswirtschaftler vielleicht in sich hat oder mit sich bringt, äh, in gewissen Positionen halt doch noch mal hinterfragt werden sollte von ihm selbst oder auch von anderen.* (E-HT-9, 862-887)

Für Düwel gehört beides zusammen: die Anerkennung von im weiteren Sinne wirtschaftlichen „Rahmenbedingungen“ auf der einen Seite und *zugleich* – „genauso wichtig“ – die Bereitschaft, „diese Rationalität eines gewissen Denkens“ zu relativieren. Dass beide Aspekte in konkreten Konfliktsituationen miteinander

kollidieren können, ist für Düwel kein Einwand gegen ihre Zusammengehörigkeit, sondern schlicht der Realität geschuldet: „Denn wir leben ja nun mal nicht auf 'ner Insel." In Abgrenzung von einer ethischen Kommunikation, die bloß das moralisch Wünschbare – „Wunschbilder" – vertritt und sich darin störungsfrei – „kuschelig" – einig weiß, versteht der Geschäftsführer des Ethik-Komitees seine Aufgabe in der durchaus konfliktträchtigen Konfrontation von moralischen Ansprüchen und begrenzten Machbarkeiten. Dadurch aber, dass er diese Pragmatik ihrerseits dadurch begrenzt, dass er sie für hinterfragbar erklärt, kann er für sie eine Legitimität beanspruchen, die anerkennungsfähig ist, weil sie Ethik als Fortsetzung von Kommunikation versteht.

Wolfgang van den Daele hat diese Umstellung von moralischer Kommunikation auf Kommunikation über Moral vor allem auf die – expliziten und impliziten – Regeln zurückgeführt, die in ethischen Diskursen jeden einzelnen Sprecher zu einem gewissen Maß an Toleranz nötigen: „Die Einbindung in den Diskurs bewirkt die ‚Einhegung' des moralischen Konflikts; sie zwingt Überzeugungsgegner zwar nicht zum Konsens, aber zum Frieden."[20] Denn wer moralische Argumente zur Diskussion stellt, akzeptiert damit immer schon, dass Moral nur im Plural zu haben ist: „Der Diskurs erzwingt, indem er die Parteien eines moralischen Streits in Begründungen verwickelt, Perspektivenübernahme und reflexive Distanz. Selbst wenn man die Gründe der anderen nicht teilt, muss man sie zur Kenntnis nehmen – und zwar als moralische Gründe, d.h. als Gründe, die aus der Sicht der anderen, für alle einsehbar und verpflichtend sein sollen. Der Diskurs versetzt, solange er währt, die Streitenden in eine hypothetische Beziehung zu ihren eigenen Positionen. Diese müssen gedanklich zwischen verschiedenen Möglichkeiten hin und her gehen. Damit begeben sie sich – unabhängig davon, ob es tatsächlich zu einem Konsens kommt – zumindest auf den Weg zu einem gemeinsamen ‚Überlegungsgleichgewicht' (Rawls). In diesem Sinne sind Diskurse Mechanismen der Entfundamentalisierung, sie lassen nicht zu, dass die Streitparteien selbstgenügsam in ihren Überzeugungen hängen bleiben, ohne nach links oder rechts zu schauen."[21] Van den Daeles Referenz auf die von John Rawls profilierte Figur des „reflective equilibrium" beschreibt treffend, wie im Horntaler Klinik-Komitee die Frage der Moralität einer Entscheidung durch Beschreibung alternativer Möglichkeiten einer besseren Kommunikation zugänglich wurde. Auch wenn man im Unterschied zu van den Daele – und auch zu Rawls[22] – die entfundamentalisierende Wirkung dieses

[20] van den Daele, Wolfgang (2001): Von moralischer Kommunikation zur Kommunikation über Moral, in: Zeitschrift für Soziologie 30, 4-22, 17.

[21] AaO., 19.

[22] Rawls selber verortete das „reflective equilibrium" auf der Ebene der Aushandlung von allgemeinen Gerechtigkeitsprinzipien und „wohlüberlegten Gerechtigkeitsvorstellungen". Vgl. seine Feststellung: „Diesen Zustand nenne ich Überlegungs-Gleichgewicht. Es ist ein Gleichgewicht, weil schließlich unsere Grundsätze und unsere Urteile übereinstimmen." (Rawls, John (1975): Eine

Abwägungsprozesses nicht auf der Ebene moralischer Gründe, sondern differenter moralischer Intuitionen ansiedelt, bleibt doch richtig, dass der damit kommunikativ in Gang gesetzte Prozess einer wechselseitigen Perspektivenübernahme den Blick auf die Frage hin lenkt, an welcher Stelle trotz Differenz in der situativen Bewertung eines individuellen Falles die Gemeinsamkeiten bestehen. Im Horntaler Ethikdisput werden diese vor allem über die *Form* und die *Selbstzwecklichkeit* der Kommunikation sichtbar: Die Tatsache, *dass* miteinander geredet wird, hat einen höheren Stellenwert als das Streben nach einer Verbindlichkeit, die sich in ganz bestimmten „Voten" niederschlägt. Respekt, nicht unbedingt Einverständnis ist das wichtigste Ziel einer derartigen Kommunikation, was – auf einer höheren Ebene – durchaus auch begründungsfähig ist, wenn der Geschäftsführer Herr Düwel z.B. feststellt, dass es legitimerweise mehrere und verschiedene „Rationalitäten eines Denkens" (Düwel) gibt.

4. Ethik als Kommunikation von Handlungskontingenz.
Zum Verhältnis von Intuition und Urteil im hermeneutischen Fallverstehen

Der Versuch, den Horntaler Disput über den ‚Fliegengitterfall' anhand des Beobachterprotokolls sowie des Interviews mit dem Geschäftsführer *deskriptiv* auf seine ethischen Implikationen hin zu rekonstruieren, bleibt in moralischer Hinsicht unbefriedigend. Hätte das Horntaler Ethik-Komitee, um seiner Verantwortung für das Wohl des Patienten in Zukunft genügen zu können, nicht zumindest ein abschließendes Votum darüber einholen müssen, wie aus Sicht des Komitees mit dem Fliegenproblem künftig umzugehen sei?[23] Oder anders gefragt:

Theorie der Gerechtigkeit, Frankfurt a.M., 38) Inwieweit es dabei notwendig ist, diese „Urteile" selber noch einmal auf Intuitionen zurückzuführen, diskutiert Johannes Fischer (2002), 239-250.

[23] Bezüglich des Gesprächsendes der Komiteesitzung notiert auch der Verfasser des Beobachtungsprotokolls seine Verwunderung. Denn das Gespräch über den ‚Fliegengitterfall' endet scheinbar ohne festgestelltes Ergebnis: Nachdem zwei Mitglieder des Komitees das Problem der fehlenden Gesprächsbereitschaft zwischen Klinikleitung und Pflege (zum wiederholten Male) festgestellt haben, fährt das Protokoll fort: „Grauwald kann dieser Fragerichtung erklärtermaßen etwas abgewinnen, gibt jedoch zu bedenken, dass das Problem der Emotionalität der Pflegenden eine ganz große Rolle gespielt haben dürfte. Obwohl diese Aussage auf mich zunächst wie ein neuer Gesprächsimpuls ausgesehen hatte, erklärt Grauwald die Sitzung mit Blick auf die fortgeschrittene Zeit, es ist inzwischen 18.35 Uhr, für beendet. Ein Votum zu formulieren, denke er sich, sei nicht unbedingt angeraten, vielmehr wolle er mit der Antragstellerin und ihrer Station ‚Rücksprache halten.' Er werde versuchen, die Diskussion einmal schriftlich zusammenzufassen und das Ergebnis mit der Oberin, Frau Petrovic [die aus terminlichen Gründen die Sitzung bereits verlassen hatte], besprechen. Danach würde er auf die Station gehen und den Standpunkt des Ethik-Komitees erläutern. Während ich noch die Frage zu klären suche, welche Art Standpunkt sich denn nun im Verlauf der Sitzung eigentlich ergeben habe, spricht Grauwald bereits einen nächsten Punkt an. Es gelte in einer der folgenden Sitzungen – realistischerweise die im November – zu klären, ob sich das Ethik-Komitee eigentlich in Fällen wie den heute verhandelten als zuständig betrachtet. Dieser

Gibt es denn keine zustimmungspflichtigen *Gründe*, die als moralische Position des Klinik-Komitees und in Reaktion auf das letztlich ja von allen mehr oder weniger als Verhängnis qualifizierte Handeln im „Fliegengitterfall" hätten festgehalten werden können?

Man gewinnt den Eindruck, dass die Mitglieder des Ethik-Komitees, obwohl sie mehrheitlich emotional sehr berührt waren, vor einer offenen Konfrontation mit der Klinikleitung zurückschreckten. Der Primat, auch künftig kooperativ zusammenarbeiten zu können, hatte letztlich das Agieren aller am Gespräch Beteiligten bestimmt, zumal in der konkreten Angelegenheit ein Handlungsbedarf ohnehin nicht mehr bestand. Aber auch im Falle einer zeitnahen Ethikberatung hätte ein Konsens über die Gründe pro oder contra Anbringung eines Fliegengitters möglicherweise nicht gefunden werden können. Im Ergebnis wäre das Ethik-Komitee, sofern ein mehrheitliches Votum angestrebt worden wäre, in mindestens zwei Lager auseinandergefallen. ‚Beratung' wäre als moralische ‚Entscheidung' wahrgenommen worden, der gegenüber sich die Klinikleitung nur durch ausdrückliche Distanzierung – bei offenem ‚Gesichtsverlust' – hätte behaupten können. Was hätte das Krankenhaus dabei gewonnen?

Nicht nur die ausdrückliche Geschäftsgrundlage des Horntaler Ethik-Komitees, wie sie im Eingangsvotum ihres Vorsitzenden Grauwald zum Ausdruck kam, sondern auch die spezifisch organisationale Verortung des Komitees, in dem unterschiedliche Hierarchieebenen vertreten sind, machen es unwahrscheinlich, dass in ihm ethische Beratung konkurrierend zur Entscheidungsbefugnis der Geschäftsführung oder der Ärzteschaft auftritt.[24] Am Beispiel des ‚Fliegengitterfalls' wird vielmehr deutlich, dass es vor allem darum geht, trotz konfligierender Bewertungen gleichwohl miteinander im Gespräch zu bleiben. Insofern bestätigt dieser Fall die These Nassehis, wonach Ethik-Komitees gerade als Institutionen zur Verhinderung von Moral fungieren. Abschließend bleibt noch zu fragen, warum sie sich in dieser Funktion als *ethische* Einrichtung auszeichnen.

Auch wenn die Beratungen des Horntaler Ethik-Komitees oftmals nicht so ausfielen, wie es sich die Geschäftsführung selber gewünscht hätte, hält zumindest der Geschäftsführer selber diese Einrichtung für alternativlos. Wo sonst gibt es im Krankenhaus in formalisierter Gestalt einen Ort, wo der Einzelne eine zumindest partielle Distanz zu seiner eigenen Funktionsrolle aufbauen und es sich leisten kann, sich als „Person" zu präsentieren? Aber auch die Artikulation einer „Verzweiflung" des Pflegepersonals angesichts der Entscheidung des Geschäftsführers, kein Fliegengitter anzuschaffen, weist darauf hin, das es in Klinischen

Punkt war ja bis zum Schluss offen geblieben. Neben zustimmenden Äußerungen hat es, vor allem seitens der Klinikleitung, sprich Frau Petrovič und Herrn Düwel, wiederholt Bemerkungen gegeben, die diese Alternative deutlich negativ beurteilten. Man müsse sich fragen, fasst Grauwald abschießend zusammen: ‚Wie wollen wir in Zukunft damit umgehen?' Damit erklärt er die Sitzung für beendet."[T-HT-9, 472-490]

[24] Vgl. zu diesem Punkt auch die Ausführungen von Julia Inthorn in diesem Band.

Ethik-Komitees nicht so sehr darum geht, moralische Überzeugungen zu formulieren, als erlebte oder widerfahrene Situationen und Wahrnehmungen zu kommunizieren. Will man nun verstehen, warum Personen in ganz bestimmten Handlungskonstellationen so handeln wie sie handeln, dann erscheint es zunächst einmal erhellender, diesen Erfahrungen nachzugehen und davon den Aspekt der Rechtfertigung mittels vernünftiger Gründe, wie sie in moralischen Urteilen explizit werden, zu unterscheiden. Johannes Fischer hat darauf aufmerksam gemacht, dass diese präreflexive Ebene des Wahrnehmens von Situationen für das Zustandekommen von Handlungen sehr viel einflussreicher ist als die nachträgliche Rationalisierung via Moral. Auch wenn der dafür von Fischer herangezogene Begriff der *Intuition* insofern missverständlich ist, als er die geschichtliche Vermittlung dieser Handlungsprägungen zumindest begrifflich nicht umfasst,[25] bleibt sein Hinweis von zentraler Bedeutung, dass es vor allem sittliche, d.h. lebensformbezogene Einflüsse sind, die unser Handeln auslösen und seine Richtung bestimmen. Diese Struktur sittlicher Orientierung differenziert Fischer nach drei Ebenen, die aufeinander aufbauen: das Erleben, die Artikulation des Erlebten und das Verstehen des solchermaßen Artikulierten.[26]

Grundlegend für die Intuition ist das *Erleben* einer Handlung, wobei wir nicht nur ihren Vollzug erleben, sondern mit ihr zugleich eine bestimmte Qualität verbinden, die zentralen Einfluss darüber hat, welchen Wert wir ihr zumessen. Nach Fischer hat diese „sittliche Intuition […] offenbar die Struktur, dass nicht einfach etwas, sondern vielmehr etwas in etwas erlebt wird, nämlich das Vorhandensein oder auch das Fehlen von etwas im Vollzug oder Geschehen von etwas anderem. So kann eine Handlung liebevoll oder lieblos, freundlich oder unfreundlich vollzogen werden und je nachdem sind wir ihr intuitiv zugeneigt oder abgeneigt."[27] Erst auf einer weiteren Stufe wird nun dieses „Etwas-in-etwas-Erleben" von uns mittels narrativer Medien sprachlicher oder bildhafter Art imaginiert und so als eine *Artikulation* in vermittelter Weise zugänglich. Zu sittlichen Urteilen im eigentlichen Sinne gelangen wir jedoch erst auf der Ebene der *Auslegung* dieser Artikulationen, die freilich nicht nach moralischen Kriterien selektiert, sondern sich darauf beschränkt, „die Implikationen sittlicher Leitorientierung für das Verhalten in gegeben Situationen zu verdeutlichen."[28] Im Unterschied zu moralischen Urteilen bewegen sich diese auf der Ebene des Einzelfalls und lassen deshalb keine allgemeinen Schlüsse zu; gleichwohl vermag

---

[25] Vgl. entsprechende Überlegungen von Reiner Anselm in seiner Rezension von Johannes Fischer (2002): Theologische Ethik. Grundwissen und Orientierung, Stuttgart u.a., in: ZEE 47 (2003), 235-238.

[26] Vgl. zum Folgenden Fischer, Johannes (2005): Moralische und sittliche Orientierung. Eine metaethische Skizze, in: ThLZ 130. Jg., 471-488, 481ff. unter Hinweis auf Ingolf Dalferth: Die Wirklichkeit des Möglichen, Tübingen 2003.

[27] AaO., 481.

[28] AaO., 483.

das Verstehen dieser Auslegung gegenüber einer nur intuitiven Verhaltensorientierung durchaus als Korrektiv zu fungieren.

Betrachtet man nun die einzelnen Gesprächsbeiträge im Horntaler Ethik-Komitee, soweit dies mit Hilfe des Beobachtungsprotokolls und der Einschätzung durch die Interviewauszüge möglich ist, so wird deutlich, dass die jeweiligen Voten sich vor allem auf dieser Ebene des sittlichen Urteils bewegen, in denen Situationseinschätzungen kontrovers diskutiert und durchaus auch (selbst)kritisch korrigiert werden. In ihnen findet der skizzierte Konflikt zwischen emotionaler Betroffenheit und funktional bestimmter Sachlogik insofern eine situationsadäquate Auslegung, als die Mitglieder nicht nur ihre eigenen Wahrnehmungen austauschen, sondern auch die Frage der professionsbedingten Perspektivik reflexiv zum Gegenstand einer ethischen Beratung machen. Damit nehmen sie gegenüber ihrem eigenen Verhalten eine Form der Distanz ein, die Verhalten nicht nur als willentliche Akte moralisch reflektierter Urteilskraft, sondern eben auch als Reaktion auf vorfindliche Kommunikationsstrukturen beschreibbar werden lässt, die nicht allein in der Intentionalität des einzelnen Akteurs aufgeht. Zwar „verflüssigt" sich dabei die Zurechenbarkeit individuellen Handelns, insofern dieses nicht mehr exklusiv einem regierenden Willen zugeschrieben werden kann; zugleich erhalten die Diskutanten aber auch die Möglichkeit, anstelle einer zwanghaften ‚Logik' der Verhältnisse (und damit der Unterstellung einer hypostasierten Subjektstruktur) eine Anerkennung der Kontingenz menschlicher Interaktion – und Entscheidung ! – in ihre Überlegungen konstitutiv miteinzubeziehen.

Will man das faktische Agieren von Klinischen Ethik-Komitees verstehen, dann genügt es offensichtlich nicht, Ethik allein auf Moralreflexion zu beschränken. Denn alltagsweltliche Kommunikation vollzieht sich i.d.R. nicht über moralische Gründe, sondern sittliche Urteile und die sie leitenden Wahrnehmungen und Einstellungen. Deren Zustandekommen ist aber nicht einfach nur biografisch gegeben, sondern entscheidend durch den organisatorischen ‚Rahmen' bedingt, innerhalb dessen diese Kommunikation stattfindet. In einem moralischen Sinne ‚gut' erscheint mir aber eine solche Ethik zu sein, die diese Perspektivität und Situativität als legitim anerkennt, ohne deshalb die vorhandenen Strukturen einfach als sakrosankt zu erklären. Im Horntaler Ethik-Komitee war es die Juristin, die diese potenzielle Reversibilität von Strukturen und Entscheidungen im Hinblick auf verantwortliches Handeln einklagte, als sie für das Protokoll festhielt: „Eine Entscheidung in einer Hierarchie ist kein Dogma und kein Gesetz. In der Kommunikation kann und sollte fortgefahren werden."

Julia Inthorn

Die Ethik Klinischer Ethik-Komitees – eine Rekonstruktion

In Klinischen Ethik-Komitees – so das Grundverständnis dieser Gremien – wird über Ethik und Moral gesprochen, werden ethische Probleme diskutiert und Stellungnahmen zu einzelnen Fällen oder Konflikten, die als ethisch klassifiziert wurden, produziert. Ethik-Komitees gelten als Antwort auf einen gestiegenen Ethikbedarf, der innerhalb von Krankenhäusern u.a. durch beständig wachsende medizinische Möglichkeiten und das steigende Autonomiebedürfnis auf Patientenseite entsteht.[1] Damit stellen Ethik-Komitees Gremien dar, die in praktischer Weise ethische Problemstellungen bearbeiten sollen. Sie unterscheiden sich dabei von der Ethik als akademischer Disziplin innerhalb von Theologie oder Philosophie, in der die Reflexion über Begründungsmuster von normativen Aussagen, deren Bedingungen und Begrenzungen im Vordergrund stehen.[2] Im Folgenden wird versucht, Klinische Ethik-Komitees hinsichtlich ihrer Funktions-

---

[1] Vgl. dazu Ley, Friedrich (2003): Institutionalisierte Moral? Die Einrichtung Klinischer Ethik-Komitees als Forschungsgegenstand, in: Zeitschrift für Evangelische Ethik, 47.Jg., 280-292, hier 280f.

[2] Vgl. Ricken, Friedo (^{2}1989): Allgemeine Ethik, 2. durchgesehene Aufl., Stuttgart, 15.

weise und Selbstwahrnehmung sowie ihre Aufgabe innerhalb der Krankenhauskommunikation zu beschreiben. Die Analyse beruht auf Teilnehmenden Beobachtungen innerhalb von vier Klinischen Ethik-Komitees. [3]

Zunächst soll dabei rekonstruiert werden, wie die ethischen Diskurse beschaffen sind, in denen sich Ethik-Komitees bewegen. Untersucht wird insbesondere, was als ethisches Problem innerhalb der Komitees verhandelt wird und wie ethische Fragestellungen innerhalb des Ethik-Komitees konstruiert werden. Daran anschließend wird aufgezeigt, wie ethische Entscheidungen innerhalb von Ethik-Komitees zu Stande kommen, welche expliziten und impliziten Regelungen sich finden lassen, die den Diskussionen zu Grunde liegen und welche Interaktionsmuster der Beteiligten hierbei besonders bedeutsam sind. Kernfrage ist dabei, welcher Ethik-Begriff im Handeln der Ethik-Komitees zum Tragen kommt.

Es zeigt sich, dass ethische Entscheidungsfindung innerhalb der Klinischen Ethik-Komitees auf einem Wertekonsens beruht, der sich mit den Schlagworten Einzelfallorientierung, Patientenautonomie und Anerkennung von Pluralität kennzeichnen lässt. Hinzu kommt die Charakterisierung von ethischen Konflikten als Kommunikationsproblemen, die mittels eines auf Konsens ausgerichteten Verfahrens zur Lösung gelangen sollen. Verfahrensfragen haben innerhalb der Klinischen Ethik-Komitees einen hohen Stellenwert, sie sollen die Qualität der Arbeit in den Komitees sichern.

Klinische Ethik-Komitees können als eine Antwort auf die durch Ausdifferenzierung entstehenden Probleme im Krankenhausalltag verstanden werden. Durch die hohe Spezialisierung innerhalb des Krankenhauses und das Zusammenwirken unterschiedlicher Funktionssysteme, wie dem ärztlichen, dem pflegerischen oder dem ökonomischen, kommt es im Krankenhausalltag zu beständig neuen Fällen oder Fragestellungen, für die innerhalb der Funktionssysteme keine fertigen Routinen zur Verfügung stehen oder sich entsprechende Routinen wechselseitig widersprechen. Diese Probleme sind bedingt durch die steigende Zahl der Möglichkeiten im konkreten Vorgehen am Patienten, die aus der Ausdifferenzierung resultieren. Das Ethik-Komitee bildet einen Kommunikationsort außerhalb der Funktionssysteme des Krankenhauses, in dem die auftretenden Probleme fächer- und disziplinenübergreifend besprochen werden können. Die Bearbeitung der Probleme durch Kommunikation und als Kommunikationsproblem ermöglicht es den Ethik-Komitees dem Einzelfall und der Patientenautonomie eine zentrale Bedeutung zuzumessen. Dadurch werden Problemfälle als spezifische Einzelfälle wahrgenommen, für die das Krankenhaus mit seinen Funktionssystemen der organisatorische Kontext ist. Die

[3] Der Auswertung liegen 74 Beobachtungsprotokolle aus vier Ethik-Komitees zu Grunde. Die Rekonstruktion des Ethikverständnisses kann auf Grund des Datenmaterials nur für die Gremien als Ganzes geschehen, über das Ethikverständnis der einzelnen Mitglieder lässt sich auf diesem Weg keine Aussage treffen. Vgl. hierzu auch den Beitrag von M. Lachmann in diesem Band.

als ethisch klassifizierten Probleme erhalten damit die Bedeutung eines Einzelfalls im Sinne eines funktional (noch) nicht gelösten Problems, durch das die Rahmenbedingungen des Falls aber nicht in Frage gestellt werden. Ethik-Komitees können entsprechend nur den Fall, nicht aber die Bedingungen, die dazu geführt haben zu ihrem Thema machen. Durch die Möglichkeit der kommunikativen Bearbeitung von ethischen Konfliktfällen stützen sie das Krankenhaus in seinen vorgegebenen Bedingungen.

1. Arten von Konflikten und Fälle in Klinischen Ethik-Komitees

Klinische Ethik-Komitees befassen sich in ihrem Arbeitsalltag mit verschiedenen Aufgaben. Neben Fragen der Darstellung nach Außen, wie sie in der Gestaltung von Pinnwänden oder Flyern zum Ausdruck kommen[4] und organisatorischen Tätigkeiten, wie der Veranstaltung von Vorträgen und Ethikcafes für das Krankenhaus[5] werden vor allem Verfahrensfragen und, sofern sie vorliegen, konkrete Konfliktfälle aus dem Krankenhausalltag besprochen. Die Fragen zu Verfahren und Vorgehensweisen sind, wie im Folgenden nachgezeichnet werden soll, für das Ethikverständnis der Ethik-Komitees wesentlich, insbesondere an den Punkten, wo es um Verfahren für den Arbeitsablauf innerhalb der Komitees selbst geht.[6] Konkret zum Tragen kommt das Ethikverständnis an Hand der Fälle, die aus dem Krankenhausalltag an die Ethik-Komitees herangetragen werden. Die Zahl der Fälle ist dabei niedrig – nicht in jeder Sitzung gibt es einen Fall zu besprechen. Aufgabe der Komitees ist je nach Satzung die Bearbeitung des Falls mit dem Ziel der Beratung oder einer Stellungnahme bzw. eines Votums.[7] Die Beratung kann dabei zum einen direkt auf Station erfolgen. Hierzu werden spezielle Gremien eingesetzt, die als Moderatoren auf Station ein Problem bearbeiten helfen. Über diese Fälle wird im Ethik-Komitee berichtet und ggf. nochmals gesprochen.[8] Zum anderen kann das Ethik-Komitee auch direkter Ansprechpartner für auftretende Probleme sein. Dazu wird das Problem von einer Sprecherin der Station oder einer betroffenen Person im Ethik-Komitee

[4] Die Gestaltung der Außenwirkung ist z.B. in Hochburg (T-HB-15, T-HB-18) und Horntal (T-HT-4) immer wieder Thema.

[5] So u.a. in Hochburg (T-HB-17) und Horntal (T-HT-2), wodurch eine Art Krankenhaus-interne Öffentlichkeit hergestellt wird.

[6] Innerhalb der Ethik-Komitees werden verschiedene Verfahrensfragen bearbeitet, hierunter fallen die Verfahren des Ethik-Komitees selbst ebenso wie Verfahren, die vom Ethik-Komitee für andere Bereiche des Krankenhauses entwickelt werden wie beispielsweise zur Regelung von Abläufen bei Krisensituationen auf Stationen.

[7] In allen untersuchten Ethik-Komitees regelt die Geschäftsordnung das Verfahren zum Erhalt eines Votums und der Beratung.

[8] In T-HB-18 wird im Ethik-Komitee von einem solchen Fall berichtet und darüber beraten. In Hochburg gibt es auch ein eigenes Formblatt, um Ethikberatung auf Station anzufordern.

vorgetragen, daran anschließend berät das Komitee über den Fall.[9] Eine Situation auf einer Station wird dabei zum Fall für das Ethik-Komitee, wenn er von der Station aus an das Ethik-Komitee herangetragen wird. In der Regel ist dafür ein z.T. diffus-emotionales Unwohlsein bei einem der Beteiligten der Auslöser. Die Situation hat „erhebliche Unruhe hervorgerufen",[10] erscheint so, wie es nicht sein soll, selten hingegen liegt ein Interessenkonflikt mit klaren Konfliktlinien vor. Die besprochenen Fälle erhalten ihr Konfliktpotenzial durch ihre Komplexität und werden meist auch intrapersonal als Konflikt eingeschätzt. D.h. die einzelnen Mitglieder haben keine klare Position in Bezug auf den Fall sondern müssen mittels Abwägung eine für sie problematische Entscheidung fällen, indem z.B. verschiedene Unsicherheiten gegeneinander abgewogen werden.

Es gibt keine Fälle, die satzungsgemäß im Ethik-Komitee verhandelt werden müssen, ausschlaggebend für eine Fallbesprechung im Ethik-Komitee ist das Entstehen eines Problembewusstseins hinsichtlich des Falls auf Station. Beraten wird beispielsweise über Fälle von medizinisch indizierten Spätabtreibungen, den Umgang mit Selbstmordversuchen oder mit dem Wunsch nach Sterbehilfe von Patienten oder über Probleme zwischen allgemeinen Richtlinien und dem als sinnvoll eingeschätzten Versorgungshandeln am einzelnen Patienten. Die Beurteilung einer Situation als problematisch oder anders als wünschenswert und das Vortragen im Ethik-Komitee macht ein Problem zu einem Fall für das Ethik-Komitee und damit zu einem ethischen Problem im Sinn der Klinischen Ethik-Komitees.[11] Dabei ist nicht wesentlich, was für eine Art von ethischem oder moralischem Problem vorliegt. In den wenigsten der beobachteten Fälle handelte es sich tatsächlich um einen Wertekonflikt. Zur Einschätzung, wie Fälle an das Ethik-Komitee herangetragen werden, stellt ein Mitglied des Ethik-Komitees in Endheim fest, „dass es im Krankenhaus ganz viele Situationen gäbe, die zwar ethische Grenzsituationen seien, jedoch nicht als solche von den Mitarbeiten erkannt würden."[12] Vielmehr wird ein Fall erst durch die Mittelung an das Ethik-Komitee zu einem ethischen Problemfall, der Fall wird während der Beratung im Ethik-Komitee als ethisches Problem rekonstruiert.[13]

Die Rekonstruktion des Falls als ethisches Problem geschieht in Form eines Gesprächs über den Fall im Ethik-Komitee. Dabei kommen die verschiedenen

---

[9] Diese Art von Fallbesprechung findet sich in allen untersuchten Komitees, so u.a. in T-EH-1, T-EH-9, T-HT-13, T-WG-22, T-HB-27.

[10] T-HT-9, 94.

[11] In allen untersuchten Ethik-Komitees regelt die Satzung, dass Beratung nur in den Fällen erfolgt, in denen der Fall von den Betroffenen an das Ethik-Komitee herangetragen wird. Gleichzeitig gibt es für das Ethik-Komitee die Möglichkeit, den Fall abzulehnen, beispielsweise wenn der Verdacht nahe liegt, das Ethik-Komitee wird im Fall einer persönlichen Auseinandersetzung hinzugezogen und instrumentalisiert.

[12] T-EH-5, 59-61.

[13] „Gut: wir haben das ethische Problem" stellt ein Mitglied in Endheim nach der Falldarstellung plakativ fest (T-EH-9, 92).

Sichtweisen auf das Problem zur Sprache und das Problem wird in den verschiedenen Dimensionen dargestellt. Die Sichtweisen der beteiligten Professionen aber auch ggf. der Angehörigen und der Patienten selbst werden dabei so detailliert wie möglich nachvollzogen und in ihrer Bedeutung für den Fall nachgezeichnet. Dabei wird viel Zeit darauf verwendet „die Differenzen zwischen den Positionen darzustellen und den Beteiligten klarzumachen"[14] Die Mitglieder der Ethik-Komitees nehmen dabei abwechselnd die verschiedenen Sichtweisen der Beteiligten ein, in der Regel ohne sie zu bewerten. Vielmehr wird den unterschiedlichen Sichtweisen ein eigenständiger Stellenwert zugeschrieben. Durch das Medium der Kommunikation ist es den Mitgliedern der Ethik-Komitees möglich, zwischen den verschiedenen Perspektiven der am Konflikt beteiligten zu wechseln. Sie nehmen nicht entsprechend ihrer Professionen eine Fürsprecherrolle ein sondern agieren quasi von einem übergeordneten Standpunkt und wechseln die Perspektive auf den Fall. Der Standpunktwechsel und die Rekonstruktion der verschiedenen Perspektiven und Dimensionen des Problems führen u.U. innerhalb der Aussagen einer Person zu widersprüchlichen Aussagen zu einem Problem. Dieser vermeintliche Widerspruch ist für die Rekonstruktion des Falls in seiner Gesamtheit nötig. Das Gespräch über den Fall dient der Strukturierung und Konstituierung des Problems in seinen verschiedenen Dimensionen.[15]

Mit Hilfe der Kommunikation über den Fall wird er nicht nur in seiner Vielschichtigkeit rekonstruiert, die Kommunikation weist bereits auch auf die Art der Wahrnehmung des Falls innerhalb des Komitees hin. Der Fall wird in seinen verschiedenen Facetten betrachtet und die Störung bzw. das daran als problematisch angesehene auf der Ebene der Kommunikation verortet, der Fall wird entsprechend als Kommunikationsproblem rekonstruiert. Das „dialogische Miteinander"[16] wird als Kennzeichen der Ethik im doppelten Sinn gewertet, zum einen wird der kommunikative Umgang miteinander im konkreten Fall als Maßstab für den ethisch korrekten Umgang untereinander gesehen, zum anderen wird das Gespräch über den Fall im Ethik-Komitee gleichgesetzt mit der Ethik des Gremiums. Das Problem wird dabei als eine Störung im Kommunikationsablauf der Station aufgefasst und der Konflikt damit als ein Problem auf formaler Ebene verstanden.[17] Dabei können die einzelnen Sichtweisen in ihrer Bedeutung

---

[14] T-HB-18, 158-159.

[15] So z.B. in T-HT-13, bei dem es um einen Fall von Spätabtreibung geht, oder T-EH-1, in dem es um den Sterbewunsch einer Patientin geht. Es werden sowohl die psychisch-emotionale Verfasstheit der Patienten als auch medizinische Fragen, Interaktionsprobleme zwischen behandelnden Ärzten und Pflege oder Fragen nach Verfahren thematisiert.

[16] T-HB-8, 60.

[17] Besonders deutlich hierzu T-HT-9: In diesem Fall lag ein Konflikt zwischen einer Richtlinie der Verwaltung und der aus pflegerischer Sicht notwendigen Anschaffung eines Fliegengitters vor. Die Mitteilung durch die Haustechnik, dass Fliegengitter nicht angebracht werden könnten, führte aus Sicht des Ethik-Komitees zu einem Kommunikationsabbruch zwischen Verwaltung und Pflege. Kern der Diskussion war, an welchem Punkt und durch wen die Kommunikation wieder

bestehen bleiben, ohne bewertet werden zu müssen, und dennoch das Problem als eine Störung aufgefasst werden. Das Problem wird als Kommunikationsproblem verhandelt und damit als Störung des auf einen Ausgleich hin ausgerichteten Verfahrens verstanden. Es gibt keine Frage nach der Schuld des einzelnen[18] oder einer Bewertung von Perspektiven. Das Ethik-Komitee will, wie es bereits in den Satzungen festgelegt ist, nur beratend oder moderierend tätig sein, aber keine Entscheidungen fällen. Die abgegebenen Voten zu den einzelnen Fällen sind als Orientierungshilfen zu verstehen.[19] Durch die stellvertretende Kommunikation innerhalb der Komitees werden die verschiedenen Perspektiven wahrgenommen und mit Hilfe des dafür zur Verfügung stehenden Verfahrens stellvertretend zu einem Konsens geführt.[20] Kommunikation kann für Klinische Ethik-Komitees als eigenständiger Wert angesehen werden, durch den eine Konfliktlösung prinzipiell möglich erscheint.

Ist eine Problemlage zu einem Fall des Ethik-Komitees geworden, unterliegt seine Bearbeitung und Rekonstruktion Verfahrensregeln, die die Arbeit der Klinischen Ethik-Komitees strukturieren.

2. Verfahrensregeln als ethisches Grundprinzip

Die Beobachtungen aus vier Klinischen Ethik-Komitees zeigt, dass innerhalb der Komitees eine vereinfachte Form eines diskursethischen Prinzips umgesetzt wird, bei dem das Einhalten von Kommunikationsregeln, Verfahrensregeln und Umgangsformen die Qualität der Arbeit innerhalb der Ethik-Komitees sichern soll. Probleme oder Fälle, die dort behandelt werden, werden als Kommunikationsprobleme wahrgenommen, dargestellt und auch die Lösungsversuche werden auf dem Weg der Kommunikation angegangen. Nicht nur die Probleme, so wie sie innerhalb des Ethik-Komitees zur Sprache kommen, werden als Kommunikationsprobleme gedeutet, diese Darstellung wird auch auf die Deutung der Situation auf den Stationen übertragen. Auch die dort wahrgenommenen und evtl. von dort in das Ethik-Komitee weitergeleiteten und besprochenen Probleme werden als Kommunikationsprobleme gedeutet. Die Prozesse ethischer Entscheidungsfindung in den Ethik-Komitees sind weniger durch das Aufeinandertreffen

aufgenommen hätte werden können, insbesondere weil die Haustechnik als vermittelnde Instanz nicht in Frage kam. Vgl. zur komunikativen Bearbeitung dieses Falls die Ausführungen von Stephan Schleissing in diesem Band.

[18] T-HT-11, 260-261.

[19] Vgl. hierzu auch die Geschäftsordnungen und Handreichungen der untersuchten Ethik-Komitees, hier ist von „orientierender Hilfestellung“ (HB) und Beratung und Begleitung (EH) die Rede.

[20] Das Ziel, einen Konsens zu dem Problem herzustellen, ist in Hochburg wie auch in Wiesengrund in der Geschäftsordnung verankert. Der Konsens ist nicht zu verwechseln mit einer Entscheidung für eine der Sichtweisen oder ein Aushandeln zwischen Positionen im Sinne der Diskursethik, vielmehr geht es um die Vermittlung zwischen den verschiedenen Perspektiven.

unterschiedlicher Moralvorstellungen gekennzeichnet oder durch Konflikte aus dem Krankenhausalltag, die dort durch vergleichbare (Macht)Konstellationen reproduziert werden, sondern vielmehr durch bestimmte Anforderungen und formale Kriterien der Gesprächsführung, durch deren Einhaltung ethisches Handeln gewährleistet werden soll. Die inhaltliche Auseinandersetzung mit Normen, ihrer Begründung und Anwendbarkeit wird, anders als in der theologisch-philosophischen Ethik, zurückgestellt. Das formale Vorgehen in geregelten Verfahren bildet das Grundgerüst für einen Konsens in ethischen Fragen.

3. Ansprüche an Kommunikationsformen

3.1 Kommunikation auf gleicher Augenhöhe?

Versucht man die Kommunikationsformen innerhalb von Ethik-Komitees zu beschreiben, scheint zunächst ein Blick auf die Besetzung dieser Gremien sinnvoll. Innerhalb der Ethik-Komitees sind alle zentralen Berufs- bzw. Personengruppen, die auch im Klinikalltag eine Rolle spielen, nämlich Ärzte, Pflegepersonal, Verwaltungsmitglieder, Seelsorger, Patientenfürsprecher, Juristen etc., vertreten. Zunächst liegt daher die Vermutung nahe, dass innerhalb der Ethik-Komitees ähnliche Konflikte auftreten, wie im Klinikalltag allgemein, dass also auf Grund der Zusammensetzung und den damit verbundenen berufstypischen Interessen und Sichtweisen auf Probleme auch hier Konflikte zwischen Pflegepersonal und Ärzten, Ärzten und Verwaltung etc. die Diskussion bestimmen und die Hierarchieunterschiede zwischen den Berufsgruppen die Kommunikation wesentlich prägen. Diese Annahme steht in einem Spannungsverhältnis zur Aufgabenbeschreibung der Ethik-Komitees, die diese Unterschiede überbrücken helfen und im interdisziplinären Dialog nach gemeinsam getragenem Konsens suchen sollen.

Im Alltag der Ethik-Komitees zeigt sich, dass die Hierarchieunterschiede in den Diskussionen weiterhin sichtbar bleiben.[21] Dies lässt sich an den Gesprächsanteilen von verschiedenen Berufsgruppen an der Diskussion ablesen wie auch an der Bedeutung, die z.B. pflegerischen Aspekten im Verhältnis zu medizinischen Fragestellungen in konkreten Einzelfällen zugemessen wird.[22] Allerdings werden

[21] Einer Enthierarchisierung der Kommunikation im Klinikalltag insbes. auf den Stationen leisten die Ethik-Komitees dabei sicher ebenfalls nicht. Entsprechend äußert sich u.a. auch der Seelsorger Possner, der das Ethik-Komitee als weitgehend hierarchiefrei ansieht (E-HB-6, 256f), sich das aber seiner Ansicht nach nicht auf die Stationen übertragen lässt, dort „sticht dann doch einfach der Ober den Unter" (ebd. 264). Die Außenwirkung der Ethik-Komitees in den Krankenhausalltag hinein, auf die hier nicht weiter eingegangen werden kann, ist allgemein als schwach anzusehen.

[22] vgl. T-HT-11, Fußnote 10.

die Hierarchieunterschiede z.T. auch wahrgenommen und thematisiert, d.h. sie werden kommunikativ aufgegriffen und problematisiert.[23]

Hinzu kommt in einigen Fällen ein direktes Thematisieren der Problematik von Hierarchien auf Station. In diesen Fällen wird die Hierarchisierung als Problem anerkannt und mit Hilfe von Verfahren versucht, hierfür eine Lösung zu finden.[24] Zudem verhilft „Ethik" als Schlagwort innerhalb der Hierarchien dazu, dass Themen als allgemeine Problemfälle angesprochen werden können. Die Existenz des Ethik-Komitee führt in Einzelfällen dazu, dass die durch Hierarchisierung verursachte Unmöglichkeit bestimmte Dinge anzusprechen, mindestens partiell aufgehoben ist und damit Probleme – von allen – angesprochen werden können.

Die Beteiligung aller als potenziell Gleichberechtigte am Gespräch wird als Grundannahme in den Ethik-Komitees geteilt und kann eingefordert werden. Die Möglichkeit auf gleicher Augenhöhe zu kommunizieren, mit dem eigenen Anliegen Gehör zu finden bzw. in Problemfällen einbezogen[25] oder informiert zu werden, kennzeichnen formal die Entscheidungsfindungsprozesse in den Ethik-Komitees. Wenn es irgendwo möglich ist es zu thematisieren, dann im Ethik-Komitee, so das Grundverständnis des Zugangs zur Kommunikation dort. Diese Vorstellung von hierarchiefreier Kommunikation als Mittel der Problembewältigung wird auch auf konkrete Fälle wie beispielsweise die Kommunikation zwischen Arzt und Patient übertragen.[26]

3.2 Die Rolle des Vorwissens

Innerhalb des Ethik-Komitees wird von einer nicht-hierarchisch geprägten Sprechsituation ausgegangen, an der sich alle gleichberechtigt beteiligen können bzw. sollen. Allerdings gibt es eine Art Gebot zur Information, das Ethik-Komitee versteht sich als Expertengremium in Sachen Ethik und will nicht „Volkes Stimme hören."[27] Dies führt zu dem Anspruch, dass alle Mitglieder des Ethik-Komitee sich sowohl über medizinische als auch über rechtlich-moralische Fragestellungen informieren und sich dann als Gleichberechtigte auf dem Niveau des Ethik-Komitee an der Diskussion beteiligen.[28] Der Anspruch, informiert zu sein, bezieht sich dabei vor allem auf den Kontext Krankenhaus und Krankheit, d.h. Ausdrücke, die Diagnosen, medizinische Eingriffe oder Krankenhausinterna

[23] so in T-WG-8, T-HT-9 oder in T-HT-11, 374.

[24] In dem Fall, der in T-HT-9 diskutiert wird, wird das ethische Problem als Kommunikationsabbruch beschrieben. Dabei wird diskutiert, ob das Pflegepersonal auf Grund seiner Stellung in der Krankenhaushierarchie die Kommunikation wieder aufnehmen hätte können.

[25] T-WG-5, 257.

[26] T-WG-12, hier wird das Problem als nicht funktionierende Kommunikation zwischen Arzt und Patient rekonstruiert.

[27] T-WG-10, 96.

[28] So gibt die Seelsorgerin beispielsweise an, sich den Pschyrembel gekauft zu haben, um den medizinischen Darstellungen besser folgen zu können. T-HB-19, 42-45.

betreffen, werden als Wissen bei den Teilnehmenden vorausgesetzt. Dagegen werden die im Alltagsverständnis komplexen Sachverhalte, wie bürokratische Sprache, Abkürzungen oder juristische Ausdrücke nicht vorausgesetzt und unproblematisch übersetzt. Hier wird Nachfragen in der Regel sehr positiv und als klärend aufgenommen.[29] Im Alltag des Krankenhauses als selbstverständlich vorausgesetztes Spezialwissen wird hingegen auch bei den Externen als Gegeben vorausgesetzt. Je nach Fachgebiet wird ein unterschiedlicher Komplexitätsgrad an Wissen bei allen Teilnehmenden vorausgesetzt. Von diesem – von außen sehr unterschiedlich anmutenden – Niveau ausgehend kann man von einer gleichberechtigten Sprechsituation hinsichtlich des Vorwissens sprechen.

3.3 Verständlichkeit der Kommunikation

Ein weiteres Kennzeichen der formalen Regeln ist der Anspruch an die Verständlichkeit der Kommunikation. Auch wenn bei Einzelnen eine gewisse Scheu davor besteht, nachzufragen, gilt der Satz, dass es dumme Fragen nicht gibt[30] in den Ethik-Komitees. Wie an anderer Stelle[31] näher erläutert wird, fragen besonders Theologen nach, um Sachverhalte erläutert zu bekommen. Durch die Rückfragen wird sichergestellt, dass alle Mitglieder auf dem gleichen Informationsstand sind und die Einigung auf Grund der vollen Zustimmung aller erfolgen kann.

3.4 Verfahrensfragen als wesentlicher Bestandteil der Diskussionen

Die Gesamtkommunikation kann als Ausgleich suchend und auf Konsens ausgerichtet beschrieben werden.[32] Ausgleich und Vermittlung durch Kommunikation stellen wesentliche Ziele der Fallbesprechungen und Diskussionen dar. In den Diskussionen geht es also nicht um das Durchsetzten von z.B. Standesinteressen oder die Schärfung von Positionen und Argumenten an Hand einer Diskussion. Da es sich bei den Fallbesprechungen häufig um retrospektive Aufarbeitungen von Fällen handelt geht es bei dem Konsens nicht um das Herausarbeiten von Handlungsoptionen oder allgemeinen Richtlinien zum Vorgehen. Der Konsens beinhaltet nichts dergleichen, vielmehr gilt in den meisten Fällen ein Konsens als erreicht, wenn allen Positionen genügend Raum gegeben wurde und ihre Bedeutung für den Fall rekonstruiert wurde. Die Diskussionen sind im Sinne dieses Konsens-Verständnisses zugleich ziel- und ergebnisorientiert und richten sich an den verschiedenen Positionen aus, die für den Fall relevant sind. Die strukturierte, mehrperspektivische Rekonstruktion des

[29] Vgl. dazu u.a. T-HT-3, 64-66, T-WG-07, 66-71, T-WG-22, 241-242.

[30] T-WG-14, 147-149.

[31] Vgl. dazu den Beitrag von A. Lück in diesem Band

[32] Dies entspricht auch den in den Satzungen niedergelegten Zielen, nach denen sich das Ethik-Komitee um Konsens bemühen soll (so in den Satzungen von Wiesengrund, Hochburg, Horntal).

Falls im Kommunikationsprozess und als stellvertretende Kommunikation stellt bereits Verfahren und Zielsetzung der Fallbesprechung dar. In der Regel wird dabei eine Einigung an Hand der zur Verfügung stehenden Verfahren erreicht, der Fall findet dann unter Zustimmung des gesamten Gremiums seinen Abschluss.[33] Der Konsens geht entsprechend nicht über den Einzelfall hinaus und beinhaltet auch für den Einzelfall neben einem Votum für mehr Kommunikation in der Regel keine Handlungsoptionen.

Gegenstand der Diskussionen sind neben den konkrete Problemstellungen aus dem Krankenhausalltag auch die Verfahren der Entscheidungsfindung selbst. Dabei geht es sowohl um interne Verfahrensfragen, die die Sitzungsgestaltung, Redeleitung oder Protokollführung betreffen,[34] als auch um Verfahrensfragen im Umgang mit Patienten und Ratsuchenden oder die Befugnis des Ethik-Komitee, Entscheidungen zu treffen.[35] Hieran zeigt sich auf einer Metaebene die Bedeutung, die der Kommunikation im Rahmen geregelter Verfahren als Prozess und Ziel durch das Ethik-Komitee zugeschrieben wird.

Ein weiterer Hinweis auf den Stellenwert von Verfahren kann in der Bemühung gesehen werden, die Zuständigkeit für ein Problem im Vorfeld der Diskussionen zunächst zu klären. Bei Fallbesprechungen wird in der Regel als erstes besprochen, welche Einschätzungen der Sachlage vorliegen, welche Entscheidungsspielräume gegeben sind und wer in der jeweiligen Situation entscheidungsbefugt ist. Hierbei wird sichergestellt, dass es sich tatsächlich um ein Problem handelt, für das das Ethik-Komitee zuständig ist.[36] Erst nach diesem Klärungsprozess wird das Problem selbst diskutiert. Für Fälle, in denen das Ethik-Komitee nicht nur beratend tätig ist, sondern eine Entscheidung fällen muss, werden teilweise besondere Verfahren und spezielle Gremien eingerichtet, in denen nach ausführlicher Beratung z.B. durch Abstimmung eine Entscheidung herbeigeführt wird. Auch in anderen Fällen werden gesonderte Gremien eingesetzt, die bestimmte Probleme, Themen oder Verfahrensfragen klären oder bearbeiten sollen.[37]

---

[33] Dieser Konsens ist nicht als idealer, vernunftgemäßer Konsens im Sinne Habermas zu verstehen. Die Kommunikation bzw. die Verfahren können durchaus auch auf verdeckten Machtstrukturen beruhen, betroffene Personen sind häufig nicht am Gespräch beteiligt etc.

[34] T-HB-1,113, T-WG-5, 37, T-WG-10, 289, 300.

[35] T-EH-2, 100ff, T-WG-12, 267-270.

[36] Einige Ethik-Komitees arbeiten nach dem Nimwegener Modell, in dem diese Vorgehensweise festgelegt ist (vgl. dazu T-WG-13, 214-215, T-HT-11, 171-176). Zur Klärung der Zuständigkeitsfrage auch: T-HB-8, 39, T-HT-9, 206ff. Zum Nimwegener Modell vgl. auch Steinkamp, Norbert / Gordijn, Bert (Hrsg.) (2003): Ethik in der Klinik – ein Arbeitsbuch. Zwischen Leitbild und Stationsalltag, Neuwied u.a.

[37] T-HT-13, T-WG-12, 267f.

4. Die Rolle von Werten und die Frage nach der Moral

Auf Grund der interdisziplinären Besetzung der Ethik-Komitees liegt die Annahme nahe, dass die Vertreter der unterschiedlichen Berufsgruppen verschiedene Moralvorstellungen z.B. auf Grund der unterschiedlichen Standesmoral mitbringen. Auch bei den Vertretern der Kirchen könnten unterschiedliche Wertvorstellungen vermutet werden, die zu Konflikten innerhalb der Ethik-Komitees führen könnten. Die verschiedenen Werte müssten dann innerhalb der Diskussion der Ethik-Komitees miteinander ins Gespräch gebracht und nach gemeinsamen Vorstellungen oder Kompromissen gesucht werden. In der Praxis zeigt sich allerdings, dass Wertkonflikte in den Ethik-Komitees eine Ausnahme darstellen. Die Werte Patientenautonomie und Menschenwürde finden allgemeine Zustimmung,[38] darauf sind auch in der Regel alle Mitglieder sofort ansprechbar, z.B. wenn von der „Hierarchie Patient, Betreuer, Arzt für Entscheidungssituationen“[39] oder dem Vorrang der Lebensqualität vor der Lebensverlängerung[40] die Rede ist. Diese Werte liegen den Diskussionen unhinterfragt zu Grunde. Darüber hinausgehende, spezifische Wertvorstellungen werden in den Diskussionen nicht thematisiert. Spezifische Wertvorstellungen werden im Individuum verortet und stehen nicht zur Disposition.[41] Dadurch lassen sie sich miteinander ins Gespräch bringen und auf einen Ausgleich oder Konsens in der Kommunikation hinführen. Hierbei stehen pragmatische Argumente und Vernunftgründe im Vordergrund. Auch hier zeigt sich, dass der Ethikbegriff der Ethik-Komitees ein formaler ist. Eine gemeinsame inhaltliche Positionierung bzw. Schärfung der Wertvorstellungen des Ethik-Komitees wird nicht vorgenommen, vielmehr wird auf einer allgemeineren Ebene stillschweigend ein common sense angenommen und auf dieser Basis an Hand der allgemein anerkannten Werte diskutiert.[42]

Ein weiterer formaler Wert, der zusätzlich innerhalb der Auseinandersetzungen eine Konsensorientierung ermöglicht, ist der der Professionalität der beteiligten bzw. betroffenen Berufsgruppen auf den Stationen. Fallweise wurden unterschiedliche Vorstellungen zwischen den verschiedenen Berufsgruppen hinsichtlich der Frage der Lebensqualität des Patienten beobachtet. Der entstehende Konflikt zeigt sich dabei entlang der Fragen „Wurde wirklich alles

[38] Zu Patientenautonomie u.a.: T-EH-9, 176, T-EH-6, 192, T-HB-9, 149ff; T-HB-33, 295, zu Menschenwürde u.a.: T-EH-1, 219f, T-WG-17, 27, T-HB-9, 468, T-HB-11, 738ff.

[39] T-HT-11, 374.

[40] T-HT-11, 363f.

[41] Zu einem ähnlichen Befund der Zuschreibung von Werten als individuell kommt auch van den Daele, Wolfgang (2001): Von der moralischen Kommunikation zur Kommunikation über Moral. Reflexive Distanz in Diskursiven Verfahren, in: Zeitschrift für Soziologie, Jg.30, Heft 1, 2001, 4-22; hier wurde eine Arbeitsgruppe zum Thema Gentechnik untersucht.

[42] Hier unterscheidet sich die Kommunikation in Ethik-Komitees von Fachgesprächen in der theologisch-philosophischen Ethik, in denen in der Regel sowohl die Frage nach der Existenz und den Differenzen zwischen Werten als auch deren Begründungen im Vordergrund stehen.

versucht“ vs. „Warum muss man da noch weitertherapieren?“,[43] in der Regel als Konflikt zwischen Ärzten und Pflegepersonal. Die Polarisierung entlang der Frage der Therapiefortsetzung kann dabei unterschiedlich gelagert sein. Hinsichtlich der Wertorientierung liegt ein solcher Problemfall in den Diskussionen des Ethik-Komitees klar, die Entscheidung muss entlang des Patientenwillens getroffen werden. Dennoch fällt den betroffenen Ärzten oder Pflegenden auf Station z.T. die Umsetzung sehr schwer. Der entstehende Konflikt zwischen dem Akzeptieren der Entscheidung des Patienten und dem professionellen Wunsch zum Wohle des Patienten zu agieren wird hierbei durch den Wert des Professionellen Handelns überdeckt.[44]

Parallel zum zentralen Stellenwert der Patientenautonomie kann der folgende Punkt gedeutet werden: Im Ethik-Komitee wird eine Pluralität an Werten bereits vorausgesetzt.[45] Die Tatsache, dass Menschen, insbesondere Patienten, Wertvorstellungen haben und diese für ihr Leben zentrale Bedeutung haben, wird als eigenständiger Wert gesehen. Dabei wird als selbstverständlich angesehen, dass Menschen individuell unterschiedliche Wertvorstellungen haben, auch die Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft führt dabei nicht automatisch zu der Annahme, die Person vertrete die entsprechenden Wertvorstellungen. Werte werden als in der Person verankert, fast schon intimes, konzeptualisiert. Werte und deren Umsetzung sind damit Teil der Autonomie einer Person, die es anzuerkennen gilt. Die daraus resultierende Pluralität an Werten zwischen Menschen wird selbst als Wert gesehen, die die Autonomie des Einzelnen verstärkt bzw. schützt. Daraus folgt auch ein unbedingtes Anerkennen der Werte anderer, selbst wenn es beispielsweise den eigenen Wertvorstellungen widerspricht.[46] Als Konsequenz aus der Patientenautonomie als zentralem Wert und der Annahme der Pluralität von Werten ergibt sich eine Einzelfallorientierung bezüglich der in den Klinischen Ethik-Komitees besprochenen Problemfälle. Innerhalb der Ethik-Komitees kann die Einzelfallorientierung als weiterer gemeinsamer Wert gedeutet werden, „man müsse im Einzelfall entscheiden“[47] wird entgegnet, wenn die Fälle allzu einheitlich abgehandelt werden. Die Beschäftigung mit einem Fall geschieht immer entlang der konkreten Gegebenheiten und Wertvorstellungen der Beteiligten. Nur dadurch kann den spezifischen Eigen-

[43] So stellen sich u.a. die Fallbesprechungen in T-HT-11 und T-EH-1, 150ff dar.

[44] So z.B. das Ergebnis der Diskussion in T-HB-21, 196ff.

[45] Zur gesamtgesellschaftlichen Institutionalisierung des Werts „Pluralismus“ vgl. Joas, Hans (2004): Braucht der Mensch Religion? Freiburg i.Br. 47 und ders. (1997): Die Entstehung der Werte. Frankfurt a.M., 21.

[46] Beispielhaft hierfür die Diskussion in T-HT-13, in der zum einen die evangelische Seelsorgerin die klare Linie des katholischen Krankenhauses im Bezug auf Abtreibungen unterstützt (380-389), andererseits der katholische Theologe im vorliegenden Einzelfall die Entscheidung für eine Abtreibung als gerechtfertigt ansieht (207f).

[47] T-EH-1, 192-193.

heiten und insbesondere dem Willen des Patienten Rechung getragen werden.[48] Die Rekonstruktion wird dabei besonders detailgenau vorgenommen und die spezifischen Eigenheiten des Falls herausgearbeitet.

5. Umgang mit Konflikten

Konflikte werden, wie oben bereits angedeutet, vor allem als Kommunikationsproblem wahrgenommen und auch bearbeitet. Die Annahme grundsätzlich inkommensurabler Werte und damit kommunikativ in der normalerweise praktizierten Form nicht lösbare Konflikte wie auch konkrete Fälle, in denen ein Konflikt oder Problem durch das Ethik-Komitee nicht bearbeitet werden konnte, wurden nicht beobachtet. Allerdings gibt es Beispiele, in denen an Hand von konstruierten Fallbeispielen solche Konflikte diskutiert wurden.[49] Ein Grund für die Annahme der grundsätzlichen Bearbeitbarkeit auch komplexer Fälle durch das Ethik-Komitee könnte die Rückzugsmöglichkeit auf das Recht und auf Verfahren[50] und damit auf für alle verbindlich geltende Werte als Minimalkonsens sein. Hinzu kommt die Vorstellung der Gestaltbarkeit von Kultur bzw. des Kontexts, aus denen die entsprechenden Wertvorstellungen stammen. Ein nicht lösbarer Konflikt wäre dann aus Sicht des Ethik-Komitees zunächst nur für das Ethik-Komitee nicht lösbar, er wäre aber im gesellschaftlichen Diskus auf einer allgemeineren Ebene aufgehoben und dort zu einem Konsens zu führen. Die Suche nach dem Konsens wird entsprechend auf eine andere Ebene delegiert.[51]

Zudem spielt offenbar die Besetzung des Ethik-Komitees hier eine wichtige Rolle. Die Grundfähigkeit zum Konsens im oben beschriebenen Sinn, zum Vermitteln zwischen Wertvorstellungen oder professionsspezifischen Sichtweisen und eine akzeptierende Haltung pluralistischen Vorstellungen gegenüber werden von einigen als wesentlich für die Beteiligung im Ethik-Komitee gesehen. Diese Grundhaltung qualifiziert für die Teilnahme am Ethik-Komitee und garantiert damit die Möglichkeit des Konsenses im Sinn des Ethik-Komitees.[52] Von allen

---

[48] T-HT-13, 194, 209, T-HT-11, 389, T-HB-6, 131; Das Entwickeln allgemeiner Richtlinien gehört zwar auch zu den Aufgaben der Ethik-Komitees. Hierbei wird aber nicht eine allgemeine Regel bezüglich der Entscheidung in einem bestimmten Typ von Fällen vorgeben. Vielmehr werden auch hier Verfahrensrichtlinien entwickelt, um bestimmte Krisenfälle bearbeitbar zu halten, beispielsweise das Vorgehen nach einem Suizid auf Station, vgl. T-WG-1.

[49] T-HB-14, 464-471, die Vorführung eines Films zu PND und Abtreibung führt zu klaren Voten, in denen sich divergierende Wertvorstellungen zeigen, für den Schutz des ungeborenen Lebens bzw. zur Frage der Zumutbarkeit eines behinderten Kindes für Eltern. Hierbei wurde die Diskussion aber nicht an Hand eines Einzelfalls geführt sondern berührte stärker gesellschaftspolitische Fragen.

[50] Innerhalb einiger Ethik-Komitees gilt beispielsweise die Verfahrensregel, dass wenn das Ethik-Komitee nicht zu einem einheitlichen Votum kommt, der behandelnde Arzt entscheidet.

[51] T-HB-25, 253-256.

[52] Zu den Rahmenbedingungen von Kommunikation in gremienartigen Kreisen vgl. auch van den Daele (2001), 4-22.

Mitgliedern wird ein Pluralismus an Werten bereits als Grundannahme vorweggenommen und als eigenständiger Wert behandelt. Vor diesem Hintergrund lässt sich auch der hohe Stellenwert der Autonomie des Patienten deuten. Im Umgang mit dem Patienten und dem Willen des Patienten als oberster Richtschnur gelingt eine Umsetzung des Pluralismus als Wert innerhalb des Krankenhauses. Das Ethik-Komitees kann selbst den Pluralismus nur indirekt widerspiegelt, indem es die verschiedenen Perspektiven gleichberechtigt rekonstruiert.[53]

6. Verschiedene Perspektiven auf die Ethik der Ethik-Komitees

6.1 Die Ethik der Ethik-Komitees – methodische Vorbemerkung

Das empirische Material der Beobachtungsprotokolle, das den vorangegangenen Auswertungen als Grundlage diente, bietet auf Grund seiner Struktur und der dahinterliegenden Erhebungsmethode vor allem einen Zugang zur Innenperspektive des Gremiums Ethik-Komitee. Es lassen sich vornehmlich die internen Strukturen und die der Kommunikation des Gremiums zu Grunde liegenden Regeln erfassen. Die Beobachtungsprotokolle beschreiben dabei insbesondere die Wahrnehmung von verbalen und nonverbalen Kommunikationsformen innerhalb des Komitees. Die herausgearbeiteten Merkmale der Ethik der Ethik-Komitees lassen zunächst an die Diskusethik Habermas denken. Insbesondere die Ausrichtung an Verfahren, die Art, wie der Einzelfall multiperspektivisch rekonstruiert wird und der zentrale Stellenwert der Kommunikation als vermittelndem Medium in den Gremien legt einen Bezug zur Theoriefolie der Habermasschen Diskursethik nahe.

An Hand der von Habermas eingeführten Unterscheidung zwischen pragmatischer/funktionaler, ethischer und moralischer Ebene soll daher zunächst diskutiert werden in wie weit Ethik-Komitees als Gremien im Habermasschen Sinn verstanden werden können, wie weit diese Theoriefolie zur Deutung der Gremien beitragen kann und welche Charakteristika der Gremien sich durch diskurstheoretische Überlegungen nicht sinnvoll interpretieren lassen.

6.2 Frage der Zuständigkeit

Innerhalb der Ethik-Komitees wird mit Hilfe des Verfahrens geklärt, auf welcher sachlogischen Ebene ein Problem angesiedelt ist, ob es sich beispielsweise um ein rein medizinisches Problem handelt oder um die Frage der Rekonstruktion des Patientenwillens oder um einen Konflikt zwischen verschiedenen Wertvorstellungen. Die Klärung hinsichtlich der Zuständigkeit kann vor dem Hintergrund der Diskursethik Habermas interpretiert werden. Habermas unterscheidet drei

[53] T-HB-8, T-HB-18.

Ebenen von Antwortmöglichkeiten auf die Fragen „was soll ich tun", die pragmatische, die ethische und die moralische.[54] Pragmatische Fragen können für Habermas auf funktionaler Ebene gelöst werden, gehören in eine bestimmte Funktionslogik innerhalb derer sie bearbeitet werden können. Ob eine Zuständigkeit auf funktionaler Ebene vorliegt, wird innerhalb der Ethik-Komitees ebenfalls geprüft, es wird gefragt, ob aus medizinischer Sicht eine klare Entscheidung oder Einschätzung vorliegt. Fragen wie die Höhe der Dosierung eines Wirkstoffs oder auch Änderungen in der Therapie fallen hierunter.

Ethische Fragen betreffen für Habermas die Ebene des Individuums, hierunter fallen Fragen nach dem gelingenden Leben, den eigenen Zielen und Vorstellungen, nach denen man strebt. Auch im Ethik-Komitee wird dieser Ebene eine zentrale Rolle zugeschrieben, die Werte und Vorstellungen des Individuums, insbesondere des Patienten werden zentral berücksichtigt. Der Patientenwille, seine Vorstellung von Versorgung und Sterben wird innerhalb der Fallbesprechungen rekonstruiert und es wird versucht diesem Willen im Versorgungshandeln Rechnung zu tragen. In der Unterscheidung der Ebenen liegen die Ethik-Komitees weitgehend parallel zu Habermas Analyse. Liegen die Fragen innerhalb einer Funktionslogik, beispielsweise im Bereich der Zuständigkeit der Ärzte, muss auch innerhalb dieses Funktionssystems eine Lösung erarbeitet werden. Liegt das Problem auf der zweiten Ebene, die Habermas als ethische Fragen bezeichnet, ist der Patientenwille maßgeblich für die Entscheidung. Allerdings werden die beiden Ebenen in den Ethik-Komitees nicht als klar trennbar wahrgenommen, Konflikte zwischen dem medizinisch Sinnvollen und der Werthaltung der Ärztin oder der Patientin kommen durchaus vor und werden als Konflikte wahrgenommen und thematisiert. Diese Konflikte zwischen pragmatischen Fragen und ethischen Fragen werden in den Ethik-Komitees in der Regel durch den Wert der Patientenautonomie entschieden. Konflikte treten auch auf, wenn der Patientenwille nicht detailliert genug rekonstruiert werden kann oder eine Ablehnung einer Therapie durch den Patienten auf fragwürdigen Gründen zu beruhen scheint.[55]

Die dritte Ebene sind für Habermas diejenigen Fragen, bei denen Wertvorstellungen auch Konsequenzen für andere haben. Hierunter fallen insbesondere Fragen der Gestaltung von Gemeinschaft und des Umgangs miteinander. Auch die dritte Ebene kann im Ethik-Komitee zum Tragen kommen. Auf dieser Ebene werden Fälle behandelt, die nicht auf den ersten beiden Ebenen bearbeitet werden können, oder wo sich bei der Behandlung innerhalb des funktionalen Zusammenhangs des Krankenhauses oben dargestelltes Unbehagen eingestellt hat. Diesen Konflikten liegt in der Regel eine Situation zu Grunde, in der verschiedene

[54] Habermas, Jürgen (1991): Erläuterungen zur Diskursethik, Frankfurt a.M., 100ff.

[55] Beispielsweise die Ablehnung einer Operation auf Grund von nicht weiter erläuterten Ängsten, oder die Durchführung einer Operation auf der Basis einer sehr diffusen Zustimmung. (T-WG-31)

Vorstellungen oder Regeln des Handelns aufeinanderprallen und eine pragmatische Lösung, die für alle Beteiligten den eigenen Vorstellungen entsprechen würde, nicht möglich ist.[56] Diese Probleme werden als ethische Probleme im Sinne von Kommunikationsproblemen rekonstruiert. Hierbei wird Kommunikation gleichzeitig als Problem wie auch als Lösung desselben angesehen. Für Habermas liegt die Lösungsmöglichkeit solcher moralischer Probleme ebenfalls im Diskurs, d.h. in der kommunikativen Auseinandersetzung der Beteiligten über das Problem zur Lösung im Konsens. Erst der Konsens als „die Zustimmung aller Betroffenen als Teilnehmer eines praktischen Diskurses“[57] ist für Habermas das eigentliche Ziel der Verständigung zu einem moralischen Problem. Er stellt die Lösung zwischen den im Diskurs erörterten Positionen dar. Hierin unterscheiden sich das Verständnis von Kommunikation und Konsens bei Habermas und in den Ethik-Komitees. Ethik-Komitees sehen die Kommunikation bereits als Wert in sich und damit als Lösung. Die Kommunikation muss dabei bestimmten Regeln folgen. Der Konsens der Ethik-Komitees bleibt, obwohl er sogar in den Satzungen der Gremien verankert ist, sehr formal und auf die Kommunikation bezogen. Hierbei werden die Werthaltungen und Sichtweisen verschiedener Gruppen oder Beteiligten rekonstruiert und im Rahmen eines Gespräches zueinander in Bezug gesetzt. Der Konsens ist entsprechend kein Konsens im Sinn der Habermasschen Diskursethik, er bleibt auf der Ebene der Kommunikation und Rekonstruktion.

Die Verfahren innerhalb der Ethik-Komitees lassen sich zudem nicht im Sinne eines herrschaftsfreien Diskurses verstehen. Die Hierarchieformen des Krankenhauses bleiben in den Ethik-Komitees mind. zum Teil bestehen, die einzelnen Mitglieder der Ethik-Komitees werden als Vertreter ihrer Berufsgruppen wahrgenommen. Außerdem werden in den Diskussionen um die Fälle keine allgemeinen Regeln herausgearbeitet oder Kriterien für weitere Fälle entwickelt. Die Diskussion bleibt beim Einzelfall, dieser wird in der Regel retrospektiv erläutert.[58] Der Konsens im Sinne des Ethik-Komitees kommt über ein Abbilden der verschiedenen Perspektiven auf den Fall und die damit verbundene

[56] Beispiel für einen solchen Konflikt ist die grundsätzliche Richtlinie eines Krankenhauses in kirchlicher Trägerschaft, keine Schwangerschaftsabbrüche vorzunehmen, die mit dem Wunsch nach Weiterbetreuung einer Schwangeren, bei der aus medizinischen Gründen zu einem Schwangerschaftsabbruch geraten wurde, kollidiert.

[57] Habermas, Jürgen (1983): Diskursethik - Notizen zu einem Begründungsprogramm. In: Ders., Moralbewusstsein und kommunikatives Handeln. Frankfurt a.M., 53-126, hier: 103.

[58] Im Gegensatz zu Habermas Verständnis ist in den Ethik-Komitees der Diskurs dem Handeln nachgeordnet, er hat eher eine klärende Funktion und keine Orientierungsfunktion für das Handeln. Die Rekonstruktion der Fälle in den Ethik-Komitees erfolgt mit einer gewissen Distanz zum Kontext, nicht in der engen Verbindung, wie sie Habermas zwischen kommunikativem Handeln und Lebenswelt sieht. Zudem haben die verschiedenen Perspektiven auf den gleichen Fall gleiche Geltungsansprüche, Intersubjektivität wird ersetzt durch Perspektivenwechsel. vgl. dazu: Habermas, Jürgen (1981): Theorie des kommunikativen Handelns, Band 2: Zur Kritik der funktionalistischen Vernunft, Frankfurt a.M., 205ff.

Wahrnehmung der unterschiedlichen Positionen und ihres Stellenwertes für den Fall nicht hinaus.

Ein weiterer Vergleich zwischen Prinzipien von Habermas Diskursethik und den Regeln der Klinischen Ethik-Komitees zeigt, dass in den Ethik-Komitees die dargestellten Regeln sich implizit zeigen, allerdings nicht theoretisch reflektiert werden. Eine Begründung der zu Grunde liegenden Regeln, wie sie bei Habermas aus dem Sprechakt hergeleitet werden,[59] erfolgt im Ethik-Komitee nicht, die Regeln lassen sich als den Gesprächen implizit zu Grunde liegend nachzeichnen. Der dargestellte Wertekonsens ist auch nicht im Sinne eines Habermasschen Konsens zu verstehen. Die geteilten Werte lassen sich empirisch rekonstruieren, sind aber nicht das Ergebnis diskursiver Verständigung und werden innerhalb der Ethik-Komitees beispielsweise nicht auf ihre Universalisierbarkeit hin überprüft. Ethik-Komitees können entsprechend nicht so interpretiert werden, als seien sie normativ an diskursethischen Prinzipien ausgerichtet, die Ähnlichkeiten liegen auf formaler Ebene, werden inhaltlich aber unterschiedlich gefüllt.[60]

Die Diskussion des Ethikverständnis Klinischer Ethik-Komitees im Abgleich mit der Diskursethik Habermas zeigt ein Spannungsverhältnis, das sich vor dem theoretischen Hintergrund der Diskursethik nur als Defizit erklären lässt. Die Ethik-Komitees bleiben in dieser Vorstellung hinter den Anforderungen der Diskursethik zurück. Da sich die Ethik-Komitees selbst nicht als defizitär in ihrem Vorgehen begreifen, klafft hier eine Erklärungslücke. Diesem Befund soll daher eine Außenperspektive auf Ethik-Komitees gegenübergestellt werden.

Die Außenperspektive bezieht sich auf die Bedeutung Klinischer Ethik-Komitees für das Krankenhaus und die Rolle der Ethik und der entsprechenden Organisationsform der Ethik-Komitees innerhalb der Organisationsabläufe des Krankenhauses. Hier stehen strukturelle Überlegungen und Darstellungen der Funktion der Ethik-Komitees für das jeweilige Krankhaus im Vordergrund. Aus der Innenperspektive der Komitees wurde das Selbstverständnis und das spezifisch ethische der Ethik-Komitees selbst rekonstruiert. Durch den methodischen Zugang durch die Beobachtungsprotokolle erfährt die Innenperspektive bzgl. der Zugangsweisen ein stärkeres Gewicht. Die bereits aufgeführten Kennzeichen des Ethikverständnisses innerhalb der Klinischen Ethik-Komitees lassen sich vor dem Hintergrund der stark funktionalen Ausrichtung der Institution Krankenhaus durch die Außenperspektive kontrastieren und müssen aus den beiden Perspektiven unterschiedlich gedeutet werden.

[59] Habermas, Jürgen (1983), 86ff.

[60] Vgl. hierzu auch Kettner, Matthias (1999): Zur moralischen Qualität klinischer Ethik-Komitees. Eine diskursethische Perspektive, in: Rippe, Klaus Peter (Hrsg.) Angewandte Ethik in der pluralistischen Gesellschaft, Freiburg 1999, 335-357.

6.3 Die Außenperspektive auf Klinische Ethik-Komitees

Mit Luhmann können Klinische Ethik-Komitees als Institution gedeutet werden, in denen mittels Kommunikation die Differenz der Systemperspektiven erträglich gemacht werden kann. Dabei wird Kommunikation über den Ethikbegriff zu einem positiven selbst ethischen Begriff verwandelt. Ethik-Komitees dienen in so einer Perspektive innerhalb des Krankenhauses der Stabilisierung und Integration.

Systemtheoretisch lässt sich das Krankenhaus als eine Organisationseinheit verstehen, in der verschiedene Systeme unter einem Dach zusammengefasst sind, Recht und Medizin, Ökonomie und Pflege arbeiten in einem Haus nach ihrer je eigenen Systemrationalität und entlang ihrer verschiedenen Codes.[61] Sie leisten dabei einen je eigenständigen und spezifischen Beitrag für das Krankenhaus und dessen Auftrag zur Versorgung des Patienten. Auch die Ethik lässt sich hierbei als ein System verstehen, das durch den Code Achtung/Missachtung gekennzeichnet ist und im Krankenhaus in Form des Ethik-Komitees eine institutionalisierte Form findet.[62] Ethik bearbeitet dabei die durch die Ausdifferenzierung entstehenden Probleme und verhält sich zur Systemkommunikation der anderen Systeme als Umwelt. Durch die hohe Spezialisierung und damit verbundene Ausdifferenzierung der einzelnen Systeme im Krankenhaus entstehen spezifische Probleme, die durch die bestehenden Routinen der einzelnen Funktionssysteme nicht bearbeitet werden können. Die entstehenden Probleme können verschiedene Formen annehmen. Zum einen entstehen durch die schnelle Entwicklung neuer Behandlungsmethoden und der Medizintechnik kontinuierlich neue Möglichkeiten und damit verbunden neue Entscheidungen für bzw. gegen die Anwendung der verschiedenen Behandlungsmethoden. Daraus resultiert eine Vervielfältigung der Möglichkeiten, die eine entsprechende Bearbeitung innerhalb der Systeme benötigen. Beispiel hierfür sind die Frage nach dem Behandlungsabbruch, nach der Risikoabschätzung bei neuen operativen Eingriffen bei sehr alten Menschen oder auch Entscheidungen aufgrund der Ergebnisse pränataldiagnostischer Verfahren.[63] Für diese stehen innerhalb des entsprechenden Funktionssystems noch keine Routinen zur Verfügung. Die Entscheidungen lassen sich (noch) nicht ohne weiteres in die Codes der jeweiligen Systeme übertragen, sind darin nicht vollständig anschlussfähig und bedürfen von daher einer anderen Behandlung. Im Lauf der Zeit werden diese Probleme durch die Systeme bearbeitbar. Zum anderen entstehen Probleme, wenn die verschiedenen Systeme unterschiedliche Antworten auf Probleme hervorbringen. Ein typisches Beispiel hierfür ist der oben dargestellte Konflikt in der Frage „weiterbehandeln oder nicht" zwischen medizinischer und pflegerischer Perspek-

[61] Vgl. hierzu allgemein: Luhmann, Niklas (1997): Die Gesellschaft der Gesellschaft, Frankfurt a.M., 749.

[62] Luhmann, Niklas ([3]1996): Paradigma lost. Über die ethische Reflexion der Moral (Rede anlässlich der Verleihung des Hegel-Preises 1989). Frankfurt a.M., 17f.

[63] T-HT-13, T-EH-1, T-HT-9.

tive.[64] Keine der Perspektiven ermöglicht eine Entscheidung im konkreten Einzelfall, sie stehen zunächst unvereinbar nebeneinander. Auf Grund der unterschiedlichen Systemkommunikation sind die Perspektiven auch nicht ineinander übersetzbar. Die zwischen den Systemen als Unschärfen auftretenden Probleme wie auch die Frage der Zuständigkeit zwischen den Systemen oder im Bezug auf Subsysteme lassen sich analog interpretieren.

Die genannten Fälle finden sich zum Teil als ethische Probleme im Ethik-Komitee wieder. Die funktionale Ausdifferenzierung führt zu spezifischen Problemfällen, die im Ethik-Komitee aufscheinen. Das Ethik-Komitee steht dabei gegenüber dem Krankenhaus in einer doppelten Rolle: Auf der einen Seite steht es außerhalb der Funktionslogik des Krankenhauses, weil Ethik über einen eigenständigen Code verfügt, der als Umwelt zu den Funktionssystemen des Krankenhauses zu deuten ist. Zum anderen bleibt das Ethik-Komitee auf Grund seiner Besetzung eng an die Organisationseinheit Krankenhaus gebunden. Innerhalb der Klinischen Ethik-Komitees sind die verschiedenen Funktionssysteme des Krankenhauses durch die Besetzung des Gremiums repräsentiert, die verschiedenen Perspektiven und Funktionslogiken werden durch die Mitglieder der jeweiligen Berufsgruppen vertreten. Im Gespräch zur Fallrekonstruktion im Ethik-Komitee werden die einzelnen Vertreter auch als Experten ihres Fachs angesprochen und legen zum Teil besonderen Wert auf die entsprechenden Fragestellungen ihres Fachs.[65] Durch die Besetzung entlang der Berufsgruppen spiegelt sich neben den Systemrationalitäten im Ethik-Komitee auch die Hierarchiestruktur des Krankenhauses, auch wenn sie in Teilen aufgebrochen wird (s.o.). Das Ethik-Komitee kann entsprechend nicht als vollständig losgelöst vom Krankenhauskontext verstanden werden.

Die Doppelrolle der Klinischen Ethik-Komitees wird gleichzeitig zum Spezifikum der Ethik Klinischer Ethik-Komitees. Die Probleme des Krankenhausalltags, wie sie sich aus systemtheoretischer Perspektive darstellen, finden einen Ort, der zumindest zum Teil den Einzellogiken der Funktionssysteme entzogen ist und werden dadurch bearbeitbar. Dennoch wird durch die enge Anbindung sichergestellt, dass das Ethik-Komitee sich nicht gegen das Krankenhaus stellen kann. Klinische Ethik-Komitees übernehmen aus dieser Perspektive eine stabilisierende Funktion. Sie bilden einen Ort, an dem Problemlösungen erarbeitet werden können, die unter Umständen negativen Folgen bestimmter Formen der Ausdifferenzierung werden somit abgemildert und nicht zum grundsätzlichen Hindernis. Die Ethik und Kommunikation innerhalb der Klinischen Ethik-

[64] Weitere Beispiele im Rahmen der Beobachtung waren T-HT-9 in dem der Konflikt zwischen Pflegepersonal und Verwaltung bzgl. einer Anschaffung für Patienten entstand oder ein Konflikt in einem Abtreibungsfall zwischen der medizinischen Indikation (dafür) und der konfessionell begründeten Haltung, die Abtreibung nicht im eigenen Haus stattfinden zu lassen (T-HT-13).

[65] Zur Rolle von Fachsemantik und dem Auftreten als Experte vgl. den Beitrag von A. Lück in diesem Band.

Komitees wird damit ihrerseits funktional und als Teil der Ausdifferenzierung interpretierbar, sie stützt die funktionale Ausdifferenzierung indem die Probleme, die eben durch die Vervielfältigung der Möglichkeiten gegeben sind, zum Thema gemacht werden. Die interne Ausrichtung der Kommunikation in den Ethik-Komitees am Einzelfall und der Patientenautonomie führt dabei dazu, dass die Rahmenbedingungen und die Wechselwirkungen zwischen den Systemen nicht thematisiert werden (können). Fragen wie die Folge ökonomisch begründeter Sparmaßnahmen oder veränderter politischer Rahmenbedingungen können durch dieses Instrumentarium nicht bearbeitet werden. Die Arbeit der Ethik-Komitees wirkt stabilisierend auf das Krankenhaus und seine Ausdifferenzierung.

Dennoch ist die Kommunikation im Ethik-Komitee nicht vollständig durch die Funktionssysteme und deren Eigenlogik bzw. Wechselspiel erklärbar. Die unterschiedlichen Systembedingungen und –perspektiven kommen im Ethik-Komitee in den Fallrekonstruktionen zwar zum Ausdruck, sie bleiben aber nicht unvermittelt nebeneinander stehen. Ebenso ist der Beziehungsaspekt der Kommunikation rein systemtheoretisch schwer zu interpretieren. Hierin unterscheidet sich die Kommunikation der Ethik-Komitees von Luhmanns Beschreibung der Funktion von Moral: Während bei Luhmann die Integration der verschiedenen Systeme mit Hilfe von Moral gerade ausgeschlossen ist,[66] wird in den Ethik-Komitees mit Hilfe des Perspektivwechsels mindestens eine Verschränkung der verschiedenen Systemperspektiven ermöglicht.

Es zeigt sich, dass das spezifisch ethische, der „ethische Blick“ bei den Beteiligten sich darin ausdrückt, dass sie in der Lage sind, einen Perspektivenwechsel vorzunehmen, also genau nicht die Kommunikation ihres Funktionssystems zu reproduzieren. Dabei verlassen sie ihre Rolle als Repräsentant eines Funktionssystems und übernehmen den Blickwinkel z.B. einer anderen Profession. Dieser Wechsel erfolgt, um ein vollständiges Bild der Situation erzeugen zu können. Die Kommunikation greift die verschiedenen Blickwinkel auf, setzt sie aber nicht absolut. Eine Transformation in eine neue Systemlogik findet dabei ebenfalls nicht statt, die Ethik-Komitees erhalten nicht dieselbe funktionale Eigenständigkeit wie die in ihm vertretenen Systeme.

Die Kommunikation der Ethik-Komitees aus der Innen- und Außenperspektive stellt sich weder im Sinn der Systemtheorie als eigenständiges System dar noch ist sie als lebensweltliche Kommunikation im Sinne Habermas zu erklären.

6.4 Ethik der Ethik-Komitees: Verschränkung der Perspektiven

Die Sitzungen der Ethik-Komitees spiegeln wie gesehen weder eine rein diskursethisch ausgerichtete Umgebung wider, in der jenseits von Funktionslogiken argumentiert wird, noch lässt sich die Kommunikation vollständig durch

[66] Luhmann (1996), 22ff.

die Rückbindung an die jeweils vertretenen Funktionssysteme des Krankenhauses erklären. Die Mitglieder der Ethik-Komitees bleiben ihren Systemen verhaftet, es kommt kein Diskurs zustande, der vollständig jenseits einer rein funktionalen Betrachtungsweise liegt. Gleichzeitig verlassen die Mitglieder aber zumindest teilweise ihren Kontext und treten innerhalb der Ethik-Komitees beispielsweise nicht ausschließlich als Krankenpfleger auf.[67] Eine über oder jenseits der verschiedenen Perspektiven liegende Ebene der Diskussion gibt es dabei nicht, vielmehr liegt das spezifisch ethische im Perspektivenwechsel. Dadurch ermöglicht die Kommunikation im Ethik-Komitee die Differenz der verschiedenen Systemperspektiven zu überbrücken, ohne dabei auf eine Integration auf der Basis substanzieller Werte zurückgreifen zu müssen.[68] Die Mitglieder der Klinischen Ethik-Komitees orientieren sich an einem Ideal, das extern verortet wird. Ethik wird verstanden als regulative Idee, zur Verbesserung innerhalb der Krankenhausabläufe beizutragen. Die Kommunikation ist am Konsens ausgerichtet, der als ein wechselseitiges Wahrnehmen von Positionen und die Kommunikation über die verschiedenen Standpunkte verstanden wird.

Es zeigt sich, dass die allgemeine Erwartung an Klinische Ethik-Komitees, Wertekonflikte innerhalb des Krankenhauses zu bearbeiten, nicht erfüllt wird, die Arbeit der Ethik-Komitees als Kommunikation und Rekonstruktion ist konventioneller. Der Wechsel der Perspektive und das Aufgreifen der verschiedenen Perspektiven im Gespräch kann als Charakteristikum der Ethik-Komitees verstanden werden. Aus der Außenperspektive zeigt sich das Ethik-Komitee als multidisziplinär besetzt, wodurch die Funktionslogiken der verschiedenen Systeme des Krankenhauses widergespiegelt werden. Die Kommunikation zwischen den verschiedenen Perspektiven entschärft bestimmter Konfliktformen, allerdings lassen sich nur solche Fragen thematisieren, die keine grundsätzlichen Anfragen an das Krankenhaus und seine Form der Ausdifferenzierung darstellen. Aus der Innenperspektive zeigt sich, dass sich die Perspektiven der Funktionssysteme nicht vollständig durchhalten lassen, die Perspektiven werden wahrgenommen aber auch gewechselt. Ethik ist innerhalb der Ethik-Komitees damit vor allem eine Form des Vorgehens, die durch

[67] In der Begrifflichkeit der Debatte zwischen N. Luhmann und J. Habermas bedeutet das, dass Ethik-Komitees sich nicht durch die Codes der einzelnen Funktionssysteme erklären lassen, also kein eigenständiges System des Krankenhauses oder ein Subsystem des Systems Ethik bilden, aber gleichzeitig auch nicht als rein lebensweltlicher Kontext, in dem die Funktionslogiken keine Rolle spielen, interpretiert werden können. Vgl. hierzu auch Hertmut von Henting (1973): „Komplexitätsreduktion" durch Systeme oder „Vereinfachung" durch Diskurs? In: Franz Maciejewski (Hrsg.): Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie. Beiträge zur Habermas-Luhmann-Diskussion, Frankfurt a.M., 115-144, insbes. 143.

[68] Die Integration von Systemperspektive und Innenperspektive des Diskurses, die auf theoretischer Ebene nicht möglich ist, scheint hier in den Ethik-Komitees im praktischen Vollzug möglich zu sein. Die Kommunikationsregeln garantieren auf formaler Ebene die Einbettung der Differenz mittels Kommunikation, auf der Ebene der Kommunikation erscheint die komplexitätserhaltende, mehrperspektivische Darstellung als die spezifische Leistung der Komitees. Vgl. hierzu auch den Beitrag von S. Schleissing in diesem Band.

Zuständigkeit und Regeln geordnet wird. Ethik wird innerhalb der Kommunikation als Chiffre verwendet und dient als Auslöser für eine bestimmte Form der Kommunikation, in der der Perspektivwechsel eine zentrale Rolle einnimmt.

Reiner Anselm

Common Sense und anwendungsorientierte Ethik

Zur ethischen Funktion Klinischer Ethik-Komitees

I. Zur Transformation der Ethik durch die Praxis

Unter dem Programm einer „Angewandten Ethik“ war gerade die Ethik in den Biowissenschaften in den letzten Jahren von dem Bemühen gekennzeichnet, der Empirie einen größeren Raum bei der ethischen Urteilsbildung einzuräumen. Dabei ging es freilich weniger darum, das ethische Urteilen an die Ergebnisse der empirischen Wissenschaften zu delegieren, auch wenn es in der Debatte um den Status des Embryos mitunter so schien, als sollte die Embryologie nun über den moralisch und rechtlich relevanten Beginn menschlichen Lebens entscheiden. Vielmehr war und ist die „Angewandte Ethik“ durch eine erhöhte Sensibilität für die lebensweltliche Einbettung ethischer Urteilsbildung gekennzeichnet. Diese Erweiterung des Bezugsfelds ethischer Reflexion trägt der gestiegenen Komplexität der Lebensverhältnisse in modernen Gesellschaften Rechnung und versucht diese in den Algorithmen wissenschaftlicher Ethik abzubilden. Wichtige Impulse sind dabei von der Analytischen Ethik ausgegangen, die sich unter dem Eindruck wachsenden Orientierungsbedarfs als eine rationale Theorie der Begründung moralischer Urteile in der Praxis profiliert hat. So gewichtig die Beiträge der

analytischen Ethik zu den Orientierungsfragen moderner Gesellschaften sind, so gewichtig auch die Argumente, die von ihren Vertretern – nicht nur in theoretischer Hinsicht, sondern auch in praktischer Abzweckung – gegen einen Wertrelativismus oder gar -nihilismus in der Folge Nietzsches und Webers ins Feld geführt wurden, so sehr dürfen doch die Grenzen dieser Herangehensweise nicht übersehen werden: Trotz ihrer empirischen Orientierung neigt die analytische Ethik dazu, die Kontextbedingungen, vor allem die Bedingungen zur Gewinnung von Plausibilität zu gering zu schätzen.

Diesem Defizit versucht eine stärker kulturhermeneutisch ausgerichtete Ethik zu begegnen, die sich vorrangig als eine Theorie der Reflexion auf die Differenz von Begründungsmodellen und Praxiskontexten versteht. Für den Bereich der Medizin scheint diese Herangehensweise insofern geeigneter, als sie die Mehrdimensionalität ethischer Problemlagen, insbesondere auch die Interferenzen zwischen Gründen, Emotionen und Intuitionen besser abbilden kann. So hält sie eine Perspektive bereit, in der etwa die Sorgen und Nöte, in denen sich Paare mit dem Wunsch nach einem gesunden Kind befinden können, stärker ernst nehmen kann als eine vorrangig auf die Stringenz und Begründbarkeit ethischer Normen setzende Ethik. Der Preis dafür liegt allerdings in einer begrenzten Reichweite ihrer Handlungsempfehlungen, die sich freilich dafür in größerer Nähe zu den konkreten Handlungskontexten befinden. Kulturhermeneutisch verfahrende Ethik verfolgt einen pragmatischen Zugriff, der über die Grenzen der eigenen Theoriebildung für die Praxis aufgeklärt ist. Es ist kein Zufall, dass diese methodische Zugangsweise gerade in den Disziplinen von Theologie und Medizin recht verbreitet ist, Fächern also, die es in besonderer Weise mit konkreten Pragmata zu tun haben.[1] Denn gerade an den konkreten Handlungssituationen brechen sich die Vorgaben einer begründungsorientiert verlaufenden Ethik; sie vermag die lebensweltlichen Rahmenbedingungen, in die moralische Entscheidungssituationen eingebettet sind, nicht adäquat zu erfassen.

Doch auch eine solche Art ethischer Reflexion sollte nicht zu der Annahme verleiten, nun bereits den Hiatus zwischen ethischer Theoriebildung und konkreter Praxis überwunden zu haben. Vielmehr ist die Differenz zwischen beiden konstitutiv für die Präsenz von Ethik in modernen Gesellschaften. Das Bedürfnis nach moralischen Maßstäben und damit auch nach deren Begründung und Reflexion in der Ethik ergibt sich in der Moderne vor allem durch die Erweiterung und Pluralisierung der Handlungsmöglichkeiten und Praxiskontexte.

---

[1] Vgl. dazu die Überlegungen bei Reiter-Theil, Stella: Does empirical research make bioethics more relevant? "The embedded researcher" as a methodological approach. In: Medicine, Health Care and Philosophy 7 (2004), 17–29; irrtümlich ordnen Pascal Bory, Paul Schotsmans und Kris Dierickx in ihrem Editorial zu den Fragen der empirischen Ethik gewidmeten Themenheft die theologische Ethik der normativen Ethik zu (Borry, Pascal; Schotsmans, Paul; Dierickx, Kris: Editorial. Empirical Ethics: A challenge to bioethics. In: Medicine, Health Care and Philosophy 7 (2004), 1–3, 1) und übersehen dabei die große Tradition kulturhermeneutischer theologischer Ethik seit Friedrich Schleiermacher.

Nicht etwa verschwinden Werte und Handlungsmaßstäbe, wohl aber werden ihre Anwendungsfälle und damit auch die Interferenzen zwischen konkurrierenden Orientierungsmustern komplexer, so dass immer häufiger danach gefragt werden muss, wie die vielfältigen Praktiken auf die überkommenen Maßstäbe bezogen werden können. Der Ruf nach Ethik ist dabei stets verbunden mit dem Bedürfnis nach einer Komplexitätsreduktion. Dadurch erhofft man sich, eine orientierungsstiftende Eindeutigkeit wieder herzustellen. Dies kann aber in aller Regel nur auf der Theorieebene gelingen, dadurch nämlich, dass hier in einem gewissen Maß abgesehen wird von den Herausforderungen der Praxis. Der Preis für den Gewinn an Eindeutigkeit ist sodann deren mangelhafte Anwendbarkeit für die Praxis. Das bedeutet aber zugleich, dass die Aufnahme der Praxiskontexte in die Theorie diese zwar verfeinert, sie aber noch nicht selbst zur Praxis werden lässt. Gerade eine kulturhermeneutisch verfahrende Ethik hat das Bewusstsein für diese Differenz aufrecht zu erhalten – und sich gleichzeitig mit den Konturen dieser Differenz genauer zu beschäftigen. Dabei ist unter dem Programm der *Angewandten Ethik* viel Aufmerksamkeit auf die Beschreibung des Wegs von den Handlungskontexten zur ethischen Theoriebildung verwendet worden. Weniger Aufmerksamkeit galt jedoch dem umgekehrten Weg, dem Praktischwerden der Theorie und den Pragmata der ethischen Reflexion selbst. Beides aber erscheint für das Verständnis des Wirksamwerdens von – als Theorie verstandener – Ethik und für die Funktion von Ethik in modernen Gesellschaften von herausgehobener Bedeutung. Denn die Notwendigkeit einer Unterscheidung zwischen Theorie und Praxis bedeutet selbstverständlich keineswegs, dass die Theorie keine Relevanz für die Praxis entwickeln könne. Allerdings gilt es, die Art dieses Transfers genauer anzusehen, gewissermaßen also die Empirie der Ethik zu untersuchen, wenn man das Entstehen von handlungsleitenden Orientierungsmustern und auch die Bedeutung von reflexiv betriebener Ethik für die Praxis näher verstehen möchte.

Im Folgenden möchte ich zu einer solchen Erforschung der Praxis von Ethik einige Beobachtungen aus einem interdisziplinären Forschungsprojekt zu klinischen Ethikkomitees vorstellen, das in Göttingen und München in einer Kooperation zwischen Soziologie und theologischer Ethik durchgeführt wurde. Ich werde dazu in drei Schritten vorgehen: Zunächst werde ich kurz umreißen, in wiefern sich die von uns untersuchten klinischen Ethikkomitees in besonderem Maße als Fallstudie eignen. (II) In einem zweiten Schritt werden ich dann die Art der Ethik in den Ethikkomitees einer genaueren Analyse unterziehen. Dabei versuche ich zu zeigen, dass sich die in den Ethikkomitees betriebene Ethik signifikant von dem unterscheidet, was gemeinhin von der Arbeit dieser Einrichtungen erwartet wird. (III) Schließlich werde ich mich abschließend mit der Frage auseinandersetzen, welche Folgen diese Analyse für das Selbstverständnis der Ethik und für das Agieren der Ethikerinnen und Ethiker haben sollte und dabei

für eine Neubelebung der Tradition der kulturhermeneutisch verfahrenden Ethik plädieren. (IV)

II. Wozu Ethik-Komitees in Krankenhäusern?

Klinische Ethikkomitees stellen für die Empirie der Ethik in mehrfacher Hinsicht einen interessanten Gegenstand dar; ihre Entstehung ist geradezu typisch für das Erstarken ethischer Reflexion in modernen Gesellschaften. Denn wie in nahezu allen Bereichen, so kommt es auch im Bereich der Medizin zu einer beständigen Ausweitung von Handlungsmöglichkeiten, die immer neue Fragen der Handlungsorientierung aufwerfen. Darüber hinaus bilden Kliniken ein Musterbeispiel für die modernitätstypische funktionale Differenzierung. Denn ein Gutteil der Erfolge im Bereich der Hochleistungsmedizin ist einer strikten Spezialisierung geschuldet. Diese Spezialisierung war zunächst weitgehend auf das ärztliche Personal beschränkt; während den Ärzten bis zum Beginn der Moderne nur unwesentlich mehr Wissen als den Laien zu Verfügung stand, kommt es in der Moderne zu einem enormen Zuwachs an therapeutisch verwertbarem Wissen. Mit dieser Entwicklung einher geht eine Konzentration auf das Ethos des Arztes, der aufgrund seiner spezifischen Kompetenz zum zentralen Entscheidungsträger wird. Diese Fokussierung wird allerdings im Zuge einer zunehmenden Professionalisierung der anderen Berufsgruppen im Krankenhaus, insbesondere der Pflege und der Seelsorge[2] aufgebrochen. Mit dieser Entwicklung steigt zugleich der Verständigungsbedarf über die in der Krankenversorgung zu verfolgenden Ziele, da ja die unterschiedlichen Perspektiven der einzelnen Berufsgruppen miteinander abgeglichen werden müssen. Gemeinsam mit einer gestiegenen Sensibilität für Patientenrechte und einer Demokratisierung des Krankenhauswesens, die im Zuge der Bürgerrechtsbewegung einsetzt und durch die Einsicht, dass immer stärker individualisierte Therapien eine entsprechend starke Einbeziehung der Patienten erfordern, zusätzlich motiviert wird, ergibt sich in der Klinik ein Bedarf an einer Institutionalisierung von Kommunikationsprozessen, die den beschriebenen Herausforderungen und Veränderungen gerecht werden können.[3] Die Einrichtung von Ethikkomitees in immer mehr Kliniken ist in diesem Zusammenhang zu sehen, sie korrespondiert einer wachsenden Anzahl von Ethikgremien in anderen Bereichen der Gesellschaft. Dabei dürfte die Reaktion auf Demokratisierungsprozesse, den entscheidenden Ausschlag für die spezifische Form der Institutionalisierung ethischer Fragestellungen in den Klinischen Ethik-Komitees gegeben haben. Denn ihre Einrichtung fällt sowohl in den USA als auch

[2] Vgl. dazu als ersten Überblick Schaeffer, Doris/ Rennen-Allhoff, Beate (2003) (Hg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim sowie, für die Klinikseelsorge, Klessmann, Michael (2001): Handbuch der Krankenhausseelsorge. 2., überarb. und erw. Aufl. Göttingen.

[3] Zu dieser Entwicklung s. a. Reiter-Theil, Stella/ Hiddemann, Wolfgang (2000): Ethik in der Medizin. Bedarf und Formen, in: Der Ophthalmologe 97, 66–77.

in Deutschland zusammen mit einer gewachsenen Aufmerksamkeit für die Wahrung der Bürgerrechte auch in der Klinik. In der konkreten Praxis dieser Gremien bildet sich dieser Bezug ab durch eine paritätische, aus allen Ständen eines Krankenhauses erfolgende Zusammensetzung der Ethikkomitees: Neben den Vertretern des ärztlichen und pflegerischen Bereichs wirken unter anderem auch Juristen, Ethiker, Theologen, Patientenfürsprecher sowie Vertreter des Sozialdienstes und der Klinikverwaltung in den Ethikkomitees mit. Wie auf anderen gesellschaftlichen Feldern auch, reagieren Ethikkomitees mithin auf Pluralisierungs- und Differenzierungserfahrungen, sowie auf damit einhergehende Emanzipationsprozesse, die zu einer Erweiterung von Partizipationsrechten und einem Plausibilitätsverlust strikter hierarchischer Entscheidungsfindung führen – auch in der Klinik, und dort besonders sichtbar durch ein gewachsenes Selbstbewusstsein einer sich professionalisierenden Krankenpflege. Darüber hinaus lassen die erweiterten Handlungsmöglichkeiten, aber auch die begrenzten Ressourcen des Medizinsystems immer mehr erkennen, dass Entscheidungsalgorithmen, die allein auf die Logik der Medizin abheben, sich als unzureichend erweisen und durch Informationen und Praktiken aus anderen Bereichen ergänzt werden müssen.

Führt man sich diesen Zusammenhang von Modernisierung und ethischer Institutionalisierung vor Augen, dann legt sich nahe, dass der ethische Reflexionsbedarf zumindest im Bereich des Krankenhauses keineswegs allein durch strittige ethische Problemlagen wie etwa der Frage nach dem Beginn und Ende menschlichen Lebens oder der Bedeutung und der Grenze des Selbstbestimmungsrechts des Patienten generiert wird. Es sind die im Prozess der Modernisierung stehenden Praktiken der Organisationen selbst, die einen Bedarf nach Ethik motivieren, und für diesen Bedarf ist es charakteristisch, dass er am Ort seines Entstehens befriedigt werden muss. Nicht also eine generelle Klärung des Beginns menschlichen Lebens, sondern die Frage, wie am Ort des jeweiligen Krankenhauses mit den unterschiedlichen Perspektiven und Antworten auf diese Frage umgegangen werden soll, ist das Thema der Ethikreflexion im Krankenhaus. Sie nehmen damit in gewisserweise Aristoteles' Bemerkung auf, dass Ziel der Ethik nicht das Erkennen des Guten, sondern seine Praxis ist.

Interessant erscheint mir daran zweierlei: Zum einen kommt in der Präsenz der Ethik in der Organisation Krankenhaus exemplarisch zum Ausdruck, dass auch eine so hochgradig zweckrational konzipierte Einheit wie ein modernes Klinikum nicht ohne einen wertrationalen Diskurs auskommt. Genereller lässt sich sagen, dass gerade das Spezifikum moderner Organisationen, nämlich, mit Max Weber gesprochen, ihre strikte Zweckrationalität, dazu führt dazu, dass Fragen der Wertorientierung neu aufgeworfen werden. Diese müssen aber unter den Bedingungen einer Organisation diskutiert werden, die gleichzeitig den handelnden Akteuren bestimmte Spielregeln und Grenzen auferlegt. Dieser Sachverhalt, der den zweiten interessanten Gesichtspunkt markiert, wird in der akademischen,

insbesondere in der philosophischen und theologischen Ethikforschung bislang zu wenig beachtet, obwohl – oder gerade weil – dies zu einer Präzisierung, wenn nicht sogar einer Revision eingespielter Grundannahmen führen würde. Das Bewusstsein für die Einbettung in die Organisation lässt nämlich darauf aufmerksam werden, dass sich der ethische Diskurs in der Praxis eben nicht vorrangig durch strukturelle Rationalität und prinzipielle Gleichheit zwischen den Akteuren auszeichnet, sondern mit faktischen und zugleich die Organisation überhaupt erst konstituierenden, damit aber eben auch unhintergehbaren Asymmetrien zu rechnen hat. Daneben müssen ethische Kontroversen innerhalb einer Organisation stets im Hinterkopf behalten, dass die gemeinsame Arbeit und die Zielsetzung der Organisation auch dann gewährleistet bleiben muss, wenn man sich im Ethikkomitee nicht einigen kann. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Diskussion über unterschiedliche Sichtweisen und Wertorientierung moralisierende Züge annimmt, sich also verkürzend auf die konkreten, handlungspraktischen Verhaltensweisen von einzelnen Personen konzentriert. Da Konflikte eben aus unterschiedlichen Sichtweisen entstehen, die ihrerseits unhintergehbar mit der Pluralisierung und der Differenzierung moderner Gesellschaften und eben auch von Organisationen verbunden sind, kann es gerade nicht die Aufgabe der Ethik in den Ethikkomitees sein, die Differenzen durch Schärfung ethischer Begründungsmuster zu verschärfen, sondern ihre Aufgabe ist genau umgekehrt anzusiedeln: ihr muss es darum gehen, solche Differenzen ertragbar zu machen und dabei vermeiden, dass die Moral bzw. die Kommunikation von Moral über die Achtung und die Zugehörigkeit in der Organisation entscheidet. Insofern lässt sich prägnant sagen: Ethikkommissionen sind Institutionen zur Vermeidung von Moral.[4]

Dementsprechend sind es auch nicht die in der öffentlichen – und auch in der Fachdebatte der akademischen Ethik häufig verhandelten „großen Probleme" der Medizinethik, die Fragen nach dem Beginn und Ende des Lebens, der Zulässigkeit von Sterbehilfe oder nach der Zulässigkeit bestimmter medizinischer Maßnahmen, die die ethische Reflexion in den Ethikkomitees bestimmen. Diese Fragen kommen zwar auch immer wieder einmal vor und führen auch immer wieder einmal zu kontroversen Situationen auf den Stationen, führen jedoch nur selten zu einer Debatte in den Ethikkomitees. Vielmehr sind die Komitees geradezu durch einen chronischen Mangel an zu diskutierenden Fällen gekennzeichnet. Immer wieder müssen sich die Mitglieder der Komitees gegenseitig ermuntern, doch einmal einen „Fall" mitzubringen. Aus dieser Beobachtung nun zu schließen, dass es Probleme von der geschilderten Art, also von Sterbehilfe, Abtreibung oder der Frage nach eine angemessenen Abwägung zwischen dem medizinisch Machbaren und dem für den Patienten Sinnvollen in den Kliniken mit Ethikkomitees nicht

[4] Zum Argumentationszusammenhang vgl. insbes. Nassehi, Armin (2006): Die Praxis ethischen Entscheidens. Eine soziologische Forschungsperspektive. In: Zeitschrift für Medizinische Ethik 52, 367–376.

gäbe, würde freilich in die Irre führen. Sie gibt es, und dementsprechend wird, wie bereits angesprochen, auch über die Problematik von Selbstmordversuchen auf einzelnen Stationen, Spätabtreibungen und die Grenzen künstlicher Ernährung debattiert. Allerdings erfolgt diese Diskussion nicht auf der Grundlage ethischer Prinzipien oder Theoriemuster, sondern ist im Wesentlichen dadurch gekennzeichnet, dass auf der Grundlage gemeinsam geteilter Anschauungen, derer man sich immer wieder einmal vergewissert, die unterschiedlichen Sichtweisen der einzelnen Berufsgruppen ausgetauscht werden. Die Ethikkomitees fungieren nicht als Orte einer allgemeineren ethischen Auseinandersetzung im Sinne etwa einer universalen Moral. Ebenso wenig versuchen sie, eine methodisch kontrollierte, eigenständige Antwort auf die „großen Fragen" der Ethik zu finden. Zwar wird dies von den Vertretern akademischer Ethik immer wieder in die Gremien hereingetragen, es findet aber bei den Mitgliedern der Komitees keine Resonanz. Charakteristisch vermerkt ein Protokoll teilnehmender Beobachtung: „Der Ethik-Professor hält einen Vortrag über ethische Grundbegriffe; die Zuhörer langweilen sich. Der Vortrag wirkt wie ein Fremdkörper." Dieser Feststellung korrespondiert das Ergebnis einer von Irmhild Saake und Dominik Kunz vorgestellten Studie zu ethischen Fallbesprechungsgruppen: „In ethischen Fallbesprechungen wird zwar argumentiert; das, was sich aber in den Interviews beobachten lässt, scheint sich jedoch wider Erwarten zunächst nicht über ‚gute Gründe' zu erschließen".[5]

III. Der Common Sense in der klinischen Ethikberatung

Die Beobachtungen im Forschungsprojekt „Ethik und Organisation" machen deutlich, dass nicht ethische Prinzipien oder möglicherweise strittige Wertekonflikte oder -kollisionen im Vordergrund der Debatten in Ethik-Komitees stehen, sondern Verfahrensfragen. Hier schlägt das eigentliche Herz der Komitees, denn offenbar ist es für ihre Zielrichtung von entscheidender Bedeutung, dass die unterschiedlichen Wahrnehmungsperspektiven auf einen bestimmten Fall oder eine bestimmte Problemlage auch tatsächlich in die Diskussion eingebracht werden können. Es zeigt sich, dass es gerade die als unbefriedigend empfundenen Differenzierungsprozesse in der Organisation Krankenhaus sind, die den Ruf nach Ethik, genauer: nach der Reflexion dieser Situation in den Ethikkomitees ertönen lassen. Dementsprechend ist es wichtig, dass das Komitee einen Rahmen bereit stellt, in dem jenseits der sonst üblichen, hierarchischen Differenzierungen tatsächlich die Auffassungen der unterschiedlichen Berufsgruppen als Gleichberechtigte in den Blick genommen werden können. Denn auch wenn die Hierarchieunterschiede in den Verhandlungen der

[5] Saake, Irmhild/ Kunz, Dominik (2006): Von Kommunikation über Ethik zu „ethischer Sensibilisierung": Symmetrisierungsprozesse in diskursiven Verfahren. In: Zeitschrift für Soziologie 35, 41–56, 43.

Ethikkomitees deutlich erkennbar bleiben, wird hier dennoch eine Atmosphäre geschaffen, in denen solche Hierarchien zumindest als problematisch angesprochen werden können. Anders gesagt: In den Diskussionen der Ethikkomitees werden die Hierarchien zwar nicht zum Verschwinden gebracht, da sich aber alle einig sind, dass diese gerade für die Thematisierung ethischer Problemlagen untauglich sind, können die einzelnen Ständevertreter immer wieder auf diese Eintrittsbedingung der Komitees festgelegt und dadurch zugleich die Grenzen der Hierarchie gesprengt werden: Die Beteiligung aller als potenziell Gleichberechtigte am Gespräch wird als Grundannahme geteilt und kann eingefordert werden. Die Möglichkeit auf gleicher Augenhöhe zu kommunizieren, mit dem eigenen Anliegen Gehör zu finden bzw. in Problemfällen einbezogen oder informiert zu werden, kennzeichnen formal die Debatten in den KEKs. „Wenn es irgendwo möglich ist, es zu thematisieren, dann im KEK" – so die charakteristische Aussage eines Beteiligten. Dementsprechend ist auch die Lösung eines Falles nicht so zentral. Als gutes Ergebnis wird es bereits aufgefasst, wenn es gelungen ist, sich gegenseitig über die unterschiedlichen Sichtweisen zu informieren. In diesen Prozessen bildet sich offenbar genau diejenige gegenseitige Wahrnehmung aus, die es den Beteiligten unterschiedlicher, zudem auch noch hierarchisch differenzierter Stände ermöglicht, sich als ein gemeinsames Team zu verstehen. Erst auf dieser Grundlage können sodann diejenigen Fragen thematisiert werden, die die Einrichtung als Ganze betreffen, – ein aus vielen einzelnen Mosaiksteinen zusammengesetztes Ganzes, das in der Summe die Kultur eines Krankenhauses ausmacht.

Dem Gründungsimpuls und der Zusammensetzung der Ethikkomitees entsprechend besteht die Praxis der Ethik im Krankenhaus vorrangig darin, Fragestellungen die durch die Entwicklung der Organisation selbst aufgeworfen worden sind, erneut bearbeitbar zu machen, und zwar dadurch, dass über die Etikettierung einer Problematik als „ethisch" ein entdifferenzierter und enthierarchisierter Diskurs möglich wird. Im Hintergrund eines solchen Diskurses steht ein nicht weiter thematisierter *Common Sense* über leitende Wertvorstellungen, der sich allerdings auf Grundlegendes wie Achtung von Menschenwürde und Patientenautonomie sowie den Vorrang von Lebensqualität vor Lebensverlängerung bezieht. Individuellere, und damit auch potenziell konfliktträchtigere Wertvorstellungen werden privatisiert, d.h. sie werden zwar als Standpunkt des Einzelnen akzeptiert, sollen aber aus der Diskussion im Gremium selbst herausgehalten werden.[6] Eine vergleichende, kollidierende Werte in eine Rangfolge bringende Diskussion unterbleibt. Statt dessen werden unterschiedliche Gesichtspunkte zur Kenntnis genommen und in aller Regel auf den jeweils unterschiedlichen Blickwinkel des Einzelnen zurückgeführt. Die eigentliche Problembehandlung

[6] Vgl. dazu auch die Darstellung bei van den Daele, Wolfgang (2001): Von der moralischen Kommunikation zur Kommunikation über Moral. Reflexive Distanz in diskursiven Verfahren, in: Zeitschrift für Soziologie 30, 4–22.

erfolgt dann wiederum nicht über die Deliberation von Gründen, sondern über den Austausch unterschiedlicher Sichtweisen. Dabei ist es das Aufrechterhalten der Kommunikation, also die Pragmatik des Perspektiventauschs, die als die eigentliche Form von Ethik in den Komitees erlebt wird. Möglicherweise ließe sich diese Feststellung auch durch die Kontrastierung von „Empathie" und „Rationalität" bzw. – in Gender-Kategorien – als „weibliches" und „männliches" Kommunikationsverhalten beschreiben. Wenn ein verstehender Austausch unterschiedlicher Sichtweisen gelingt, und zwar auch unter Beibehaltung unterschiedlicher Rollenzuschreibungen und Hierarchien, wird eine Fallbesprechung im Komitee als erfolgreich angesehen. Interessanterweise gehört eben nicht das engagierte Vertreten eines für richtig erachteten Arguments zu den Bedingungen eines als erfolgreich erlebten ethischen Diskurses, sondern umgekehrt gerade der Verzicht darauf. Sich als irritierbar, als von der Situation beeinflussbar zu präsentieren, kennzeichnet den idealen Teilnehmer an einer Sitzung des Ethikkomitees. Erinnert man sich freilich nun an die Entstehungsvoraussetzungen der Ethikkomitees, dann verwundert dieses Ergebnis nicht: Der Rekurs auf gute, vielleicht sogar auf bessere Gründe würde den Einzelnen als Ethiker nur in die Reihe der funktional zugeordneten Kommunikationsformen einreihen und damit wahrscheinlich diese Form von Ethik selbst zum Fall für die Behandlung im Ethikkomitee werden lassen. Auf diese Fragestellung wird gleich noch einmal zurückzukommen sein. Zuvor jedoch soll jedoch noch ein Blick auf die Funktion der Ethik innerhalb der Organisation des Krankenhauses geworfen werden, und zwar im Anschluss an ein Interpretationsmodell, das der Bielefelder Soziologe Wolfgang Krohn unter dem Stichwort der „Institutionellen Moral" vorgeschlagen hat.

Krohn geht davon aus, dass im Prozess der Modernisierung die Vorstellung einer einheitlichen guten Ordnung zerbrochen sei – einer Vorstellung, der freilich die Konzeptionalisierung der Moral bei Niklas Luhmann ebenso noch verhaftet bleibe wie manche liberalen Theoriemodelle etwa Rawls'scher Provenienz. Statt dessen sei es für die Moderne charakteristisch, dass einzelne Funktionsbereiche der Gesellschaft ihre jeweils eigene Ethik entwickeln – ein Paradigma, das an Webers Gedanken der Eigengesetzlichkeit erinnert. Die Ethik, so Krohn „folgt der Differenzierung der Gesellschaft. Universalistische Begründungsversuche gerieten immer stärker auf [sic!] den Rückzug. Sie behielten dort Gewicht, wo es um die Anerkennung der interpersonalen Achtung ging – sei es in der Version einer auf die Gewährung wechselseitiger Freiheit eingeschränkten Pflichtenethik (‚Kantianismus') oder in der Form eines auf Hilfsbereitschaft drängenden allgemein verbreiten moralischen Gefühls (‚Humanismus')."[7] Auf den hier untersuchten Bereich der Ethik in der Klinik übertragen bedeutet dies, dass der

[7] Krohn, Wolfgang (1999): Funktionen der Moralkommunikation. In: Soziale Systeme 5, 313–338, 326.

Rekurs auf Gründe nur in diesem Bereich der interpersonalen Achtung von Bedeutung sein könnte. Da hier die grundlegenden Normen jedoch unumstritten sind, tritt die entsprechende Art ethischer Reflexion auch im Blick auf diese Fragestellungen in den Hintergrund. Dagegen ist die konkrete Ausgestaltung der oben bereits als Common Sense-Normen identifizierten Leitmaßstäbe eine Aufgabe der Komitees, hier allerdings dominiert ein am Kompromiss ausgerichtetes, pragmatisches Vorgehen, dass es allen Beteiligten erlaubt, bei den eigenen Grundüberzeugungen zu bleiben und dennoch eine situativ-pragmatische Lösung kontroverser Fragestellungen ermöglicht. Der Schlüssel für derartige Lösungen liegt dabei in der Unterscheidung von einer berufs- und damit organisationsspezifischen Perspektive und der – davon abgekoppelten – Sphäre persönlicher Werthaltungen. Während Letztere zwar respektiert, aber eben aus dem konkreten Diskurs herausgehalten wird, ist Erstere im oben geschilderten Sinne kompromissorientiert. Inwieweit sich hier Parallelen zu der in der lutherischen Sozialethik prominenten, aber auch kontrovers diskutierten Unterscheidung von Person- und Amtsmoral,[8] aber auch zu Kants Distinktion zwischen einem öffentlichen und einem privaten Gebrauch der Vernunft[9] finden lassen und wie sich die darüber geführte, intensive Kontroverse auf diese Fragestellungen beziehen lässt, müsste Gegenstand weiterer Forschungen gerade auch der theologischen Ethik sein.

Folgt man Krohns Analyse, dann ist es die Aufgabe der Ethikkomitees, für die jeweilige Klinik eine solche funktionsspezifische Ethik bereitzustellen, Kategorien also, die für die jeweilige Institution tragbar sind, ungeachtet der Frage, ob ein solcher Umgang mit dem entsprechenden Problem für alle gleich gelagerten Problemlagen denkbar oder wünschenswert ist. Die Leistung einer solchen Ethik besteht – in Entsprechung zu den Leitbildprozessen, die ja ebenfalls häufig von den Ethikkomitees moderiert werden – darin, das Zusammenwirken in der jeweiligen Institution zu einem unterscheidbaren Ethos zu verdichten. Dieses Ethos manifestiert sich in einem institutions- bzw. organisationsspezifischen Common Sense, der den Referenzpunkt für ein von allen selbstverständlich akzeptiertes und darin als gut empfundenen Verhalten bildet. Insofern stellt dieser Common Sense ein Identitätsmerkmal der Institution dar, ein spezifisches Set von Verhaltensregeln. Dessen Orientierungsfunktion erstreckt sich aber nicht nur auf

[8] Vgl. dazu als klassischen Text Luther (1979). Zur Kritik vgl. vor allem Troeltsch, Ernst (1912): Die Soziallehren der christlichen Kirchen und Gruppen. Gesammelte Schriften, Bd. 1. Tübingen, zur neueren Diskussion Rendtorff, Trutz (1977): Zweireichelehre oder die Kunst des Unterscheidens. In: Duchrow, Ulrich (Hg.): Zwei Reiche und Regimente. Ideologie oder evangelische Orientierung? ; Internationale Fall- und Hintergrundstudien zur Theologie und Praxis lutherischer Kirchen im 20. Jahrhundert. Gütersloh, 49–60, sowie, aus politikwissenschaftlicher Perspektive Kielmansegg, Peter (1988): Das Experiment der Freiheit. Zur gegenwärtigen Lage des demokratischen Verfassungsstaates. 1. Aufl. Stuttgart sowie jüngst Lepenies, Wolf (2006): Kultur und Politik. Deutsche Geschichten. München.

[9] Kant, Immanuel (1983): Beantwortung der Frage: Was ist Aufklärung. In: Kant, Immanuel: Werke, Bd. 9, hg. von Wilhelm Weischedel. Darmstadt, 50–61.

das individuelle Verhalten, sondern erfüllt auch für die Organisation als Ganze eine wichtige Funktion: Es stellt ein Widerlager dar gegenüber allen Versuchen, andere Funktionsbereiche der Gesellschaft und ihre jeweiligen Paradigmen für den Bereich der Klinik maßstabgebend werden zu lassen. Der vielleicht häufigste Fall in diesem Zusammenhang ist die Abwehr ökonomischer Fragestellungen, die nach übereinstimmender Meinung aller Mitglieder der Ethikkomitees nicht die Verhaltenspraxis in den jeweiligen Kliniken bestimmen dürfen. Zwar entsteht die Ethik selbst auch aus einer Logik des Marktes heraus – denn zufriedene Patienten und optimierte Behandlungsergebnisse werden nicht nur durch das Ethos der Behandelnden, sondern auch durch die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen motiviert –, der Markt aber darf nicht das Prinzip sein, nach dem Gesundheitsleistungen verteilt werden. Gleiches gilt von dem potenziellen Konflikt zwischen dem freiheitsbasierten Regelwerk politischen Zusammenlebens auf der einen, und dem auf Fürsorge aufgebauten Ethos der Krankenversorgung, ein Konflikt, der etwa in der Debatte über Patientenverfügungen, aber auch in der Diskussion über die Reichweite des Selbstbestimmungsrechts des Patienten auftaucht. Hier muss für die einzelne Klinik entschieden werden, in welchem Maß man bereit ist, dem Patienten Mitentscheidungsrechte – die ihm rechtlich garantiert sind – auch tatsächlich im täglichen Umgang zu gewähren. In der konkreten Ausgestaltung solcher Abgrenzungsprozesse bildet sich die identifizierbare Spezifikation einer Organisation. Damit ergibt sich freilich eine doppelte, fast paradoxe Struktur: Die in den Klinischen Ethikkomitees betriebene Ethik soll zunächst – und zwar *nach innen* gerichtet – die unterschiedlichen Funktionslogiken und Perspektiven der Beteiligten aufeinander abbilden. Gleichzeitig bildet sich aber in diesem Prozess ein Profil aus, das die jeweilige Institution *nach außen* hin erkennbar macht und darin zugleich zu einer Differenzierung unterschiedlicher Praktiken führt. Auch hier ergibt sich weiterer Forschungsbedarf, im Blick nämlich auf die Frage, wie die Verhältnisbestimmung zwischen den unterschiedlichen Ausgestaltungen institutioneller Ethik genauer vorzunehmen ist. Deutlich ist jedenfalls, dass Ethik in ihrer praktischen Implementierung nicht einfach ein Remedium gegen eine modernitätsspezifische Differenzierung darstellt, sondern solche Differenzierungs- und Pluralisierungsprozesse auch selbst befördert. Insofern müssen – in Weiterführung und Präzisierung der eingangs gegebenen Beschreibung der Ethikkomitees – diese eben als Bestandteil von Modernisierungsprozessen und nicht als deren Widerlager verstanden werden. Klärungsbedürftig erscheint dabei vor allem die Frage, wie sich der integrierende und der differenzierende Gesichtspunkt der Ethik zueinander verhalten. Vieles spricht dafür, dass diese Frage eng verbunden ist mit der Unterscheidung zwischen der reflexiv betriebenen Ethik als Theorie und der praktischen Implementierung solcher Reflexionsformen in der ethischen Praxis, wie sie etwa in den Klinischen Ethik-Komitees sichtbar wird. Diese Praxen benötigen offenbar die Formulierung eines gemeinsamen, übergreifenden Regelsets, wie es sich in den von uns beobachteten

Komitees in dem nicht weiter thematisierten und hinterfragten ethischen Common Sense ausdrückt. Allerdings kann dieses Regelset seine Integrationsfunktion – im Einklang mit den oben angestellten Überlegungen – eben nur ausüben, wenn es nicht explizit auf die Praktiken in einer Klinik bezogen wird.

In ähnlicher Weise gilt dies übrigens auch für die Formulierung ethischer Richtlinien innerhalb einer Organisation: Sie können ihre Wirkung nur entfalten, wenn es gelingt, ihre Vorgaben in die ausdifferenzierten Praktiken der Einrichtung selbst zu übernehmen, wenn also die im Ethikkomitee erarbeiteten Richtlinien Bestandteil der jeweiligen Funktionslogiken werden und nicht von außen an die Routinen der ärztlichen Behandlung, der pflegerischen oder seelsorgerlichen Betreuung herangetragen werden müssen. Genau in diesem Prozess kommt es aber am Ort der einzelnen Handelnden zu den Transformationen ethischen Reflexionswissens in Handlungspraxis, in denen die im Komitee erarbeiten Leitlinien an die konkreten Situationen angepasst werden müssen. Dieser Prozess ist dabei nicht nur deswegen notwendig, weil die Vorgaben eines Ethikgremiums immer nur durch einzelne handelnde Personen umgesetzt werden können. Es ergibt sich auch aus der spezifischen Funktion, die die Ethik in modernen Gesellschaften und eben auch in der Klinik wahrnimmt: Da sie die verschiedenen Sichtweisen integrieren soll, muss sie immer wieder versuchen, ihrer eigenen Institutionalisierung entgegenzuwirken. Sie muss sich selbst gewissermaßen unsichtbar machen, indem sie übergeht in die Funktionslogiken der etablierten Teilsysteme des Krankenhauses.[10] Denn ansonsten würde sie selbst auch im Blick auf die organisationsinterne Struktur an Differenzierungsprozessen mitwirken, denen entgegenzuwirken sie ihre Etablierung verdankt.[11] Zugespitzt formuliert: Die Arbeit eines Ethikkomitees ist dann am effektivsten, wenn deren Ergebnisse nicht mehr als ethische Leitlinien (und damit als externe Direktive) erkennbar sind, sondern als Ausdruck einer immer schon geteilten Gemeinsamkeit artikuliert werden, die besteht, weil die Institution „Krankenhaus" als organisatorisches Ganzes diesen Common Sense als Institutionenmoral eben immer schon voraussetzt. Diese formale Struktur lässt sich nun noch weiter präzisieren: Das Eingehen der Ethik in die Funktionslogiken der verschiedenen Teilsysteme einer Klinik erfolgt vor allem durch die Garantie umfassender Partizipationsrechte[12] –

[10] Der Struktur nach ist dieses Modell ähnlich zu den Überlegungen, die Hans Joas in der Tradition des Pragmatismus zur Entstehung der Werte angestellt hat. Ihre orientierende Funktion entfalten die Werte dadurch, dass sie ihre Entstehungsbedingungen – unter modernen Bedingungen ist es vor allem ihre Konstruiertheit, immer wieder zum Verschwinden bringen; s. Joas, Hans (1997): Die Entstehung der Werte. Frankfurt.

[11] Vgl. dazu auch die Überlegungen von Ley, Friedrich (2003): Institutionalisierte Moral? Die Einrichtung Klinischer Ethik-Kommitees als Forschungsgegenstand. In: Zeitschrift für Evangelische Ethik 47, 280–292.

[12] Zu den Konzepten einer stärkeren Einbeziehung der Patienten vgl. Scheibler, Fülöp; Pfaff, Holger (2003): Shared Decision-Making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess. Weinheim, sowie van Oorschot, Birgitt/ Anselm, Reiner (2007) (Hg.): Mitgestalten am Lebensende. Handeln und Behandeln Sterbenskranker. Göttingen.

sowohl für die verschiedenen Berufsgruppen, als auch für die Patienten und ihrer Angehörigen. Etwas prononciert lässt sich somit formulieren, dass die Ethik dadurch unsichtbar wird, dass sie in Partizipation transformiert wird.[13]

Das bedeutet nun aber auch, dass die diffuse Präsenz und die konjunkturellen Schwankungen, denen die Ethik in der Klinik unterliegt, nicht einfach als ein Mangel zu interpretieren sind. Sie können durchaus der Funktion einer institutionellen Ethik angemessen sein. Dieser Übergang in den Common Sense lässt sich freilich nicht über Gründe herbeiführen, zeigt doch, um ein Argument Niklas Luhmanns zu variieren, die Notwendigkeit eines Rekurses auf Gründe, dass eine bestimmte Vorstellung eben noch nicht zum Common Sense gehört. Vielmehr scheint, den Charakteristika von Zusammensetzung und Arbeitsweise der klinischen Ethikkomitees entsprechend, ein partizipativer Charakter der Entscheidungsfindung, das Gefühl, dass alle Perspektiven mit einbezogen werden konnten, eine wesentliche Rolle bei der Ausbildung eines solchen Common Sense zu spielen.

IV. Konsequenzen für das Selbstverständnis und das Agieren von Ethikern in Ethikkomitees

Diese Überlegungen führen nun noch einmal zurück zur Art der Professionalisierung von Ethik. Denn das angesprochene Dilemma, dass die Ethik im Prozess ihrer Implementierung in der Klinik einerseits nicht selbst zu einer ausdifferenzierten Einheit werden darf, weil sie sonst nicht mehr integrieren kann, andererseits aber als spezielles „Komitee" natürlich einen eigenständigen, abgegrenzten Teilbereich darstellt, dessen Integration in die anderen Bereiche neue Probleme aufwirft, wiederholt sich ja auch auf der Ebene der Mitglieder des Komitees, vor allem bei den professionellen Ethikern – die oben bereits zitierten Anmerkungen des teilnehmenden Beobachters zu den Ausführungen des professionellen Ethikers sprechen hier eine deutliche Sprache. Offenbar ist in diesen Implementierungsformen von Ethik eben nicht der ethische Sachverständige gefragt, sondern der Moderator kommunikativer Prozesse. Intuitiv scheint diese Funktion in vielen Fällen von den Vertretern der Klinikseelsorge wahrgenommen

---

[13] Im Anschluss an diese Beobachtungen wäre sodann der Frage nachzugehen, ob es sich nicht bei dem häufig diagnostizierten Orientierungsverlust häufig um einen Verlust an Partizipationsmöglichkeiten handelt, sei es, weil sie institutionell nicht gewährleistet oder trotz bestehender rechtlicher Vorgaben nicht adäquat in die Praxis umgesetzt werden, sei es, dass sie aufgrund der gestiegenen Komplexität der Handlungsvollzüge als nicht mehr realisierbar erscheinen. Insofern knüpften diese Überlegungen an an Analysen, die Hermann Lübbe im Blick auf den technischen Fortschritt und die damit verbundene Risikoperzeption angestellt hat. Vgl. dazu Lübbe, Hermann: Risiko und Lebensbewältigung, in: Hosemann, Gerhard (1989) (Hg.): Risiko in der Industriegesellschaft. Analysen, Vorsorge und Akzeptanz. Erlangen, 15–2,. sowie Lübbe, Hermann (1990): Der Lebenssinn der Industriegesellschaft. Über die moralische Verfassung der technischen Zivilisation. Berlin.

zu werden, die dabei freilich ihre eigene Beschränkung auf die Moderationskompetenz mitunter als Belastung empfinden. Dabei ist es wohl nicht die professionsbedingte Fähigkeit zur Gesprächsführung, die die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Klinikseelsorge für die Rolle prädestiniert. Vielmehr erlaubt es ihnen ihre einzigartige Stellung innerhalb der Hierarchieverhältnisse einer Klinik, die Rolle des „Hofnarren" wahrzunehmen. Ihnen ist es in besondere Weise möglich, die unterschiedlichen Berufsgruppen und ihre Perspektiven und Probleme miteinander ins Gespräch zu bringen. Allerdings werden sie in dem Augenblick mit Verwunderung wahrgenommen, indem sie Argumente aus ihrem eigenen Funktionsbereich artikulieren, also spezifisch theologische Argumente ihrer eigenen Profession einbringen.

Interessanterweise ist darum die Funktion von Theologen in den Ethikkomitees von einer eigenartigen Ambivalenz gekennzeichnet: Ihnen wird über ihre Verfahrens- und Moderationskompetenz eine besondere Rolle bei der Entwicklung eines gemeinsamen „Stils" zugeschrieben, was aber nur in dem Maße gelingt, in dem die Theologen dabei nicht als Experten für ihr „Fach", sondern als Sachwalter eines Konsenses auftreten, der es auch bei bestehenden Konflikten ermöglicht, in der Kommunikation fortzufahren. Gemeinsam mit dem Gedanken, dass sich das Gemeinwohl unter modernen Bedingungen weder allein über den Gedanken herstellen lässt, dieses entstehe genau dann, wenn es gelänge, das Wohl jedes und jeder Einzelnen zu verwirklichen, noch über die Vorstellung, es ließe sich als ein Ganzes und damit alle Funktionsbereiche der Gesellschaft übergreifendes herstellen, führt das zu einer Präzisierung der Aufgabe, die den Vertretern der Kirche in den Ethikkomitees, aber womöglich auch der theologischen Ethik in der Gesellschaft zukommt. Es ginge dann nämlich nicht darum, eine eigene Position zu entwickeln, sondern die Entwicklung der eigenständigen Funktionsbereiche zu unterstützen und darauf zu achten, dass keine der jeweiligen Perspektiven dominant wird. Dies könnte zugleich eine adäquate Übersetzung der Leitgedanken der Zwei-Reiche-Lehre in die gegenwärtige Situation sein. Die Theologie scheint darum hier prädestiniert, weil es ihr angesichts des Wissens um die Vorläufigkeit irdischer – und damit auch gesellschaftlicher Ordnungen – am leichtesten möglich sein dürfte, auf Absolutheitsansprüche zu verzichten. Zugespitzt und paradox formuliert: Im Namen des Absoluten kann sie auf Absolutheitsansprüche verzichten.

Vor diesem Hintergrund ist abschließend noch einmal auf das Programm und die Aufgabenbeschreibung „Angewandter Ethik" zurückzukommen. Im Sinne einer Theorie, die ihre Praxiskontexte verstärkt in den Blick nimmt, wäre es gerade nicht gefordert, bereichsspezifische Kompetenzen und, damit einhergehend, neue spezialisierte Formen von Ethik auszubilden, die sich in besonderer Weise der jeweiligen Formen professions- bzw. handlungsfeldspezifischer Fachwissens bedienen. So naheliegend diese Tendenz aufgrund der modernitätsspezifischen Differenzierung auch ist, so sehr sie auch in der gegenwärtigen ethischen Debatte

zu finden ist, so sehr ließe dies, wie oben ausgeführt, die Ethik eben auch an jenen Prozessen teilhaben, deren Gegenmittel sie eigentlich sein sollte: Dem Auseinanderdriften verschiedener Teilperspektiven und, als ihre Folge, dem Expertendilemma. In meinen Augen sollte darum die Angewandte Ethik gerade in ihrer Ausrichtung auf die Handlungspraxis und deren konkrete Rahmenbedingungen mehr Aufmerksamkeit darauf verwenden, wie die Moderationsfunktion für unterschiedliche Perspektiven, die einen Großteil der Ethik in der Praxis ausmacht, erreicht werden kann. Dafür ist es notwendig, zu einem Spezialisten für das Allgemeine zu werden, also einen Professionalisierungsprozess zu durchlaufen, bei dem das bereichsspezifische Wissen zu einem besseren Verständnis der einzelnen Perspektiven genutzt wird, nicht aber dazu, eine bereichsspezifische Ethik aufzubauen.[14] Die Tradition der kulturhermeneutisch ausgerichteten Ethik wäre in diesem Sinne hier erneut zu beleben und weiterzuentwickeln. In theologischer Perspektive bedeutet dies in erster Linie, die Verbindung von Ethik und Seelsorge vertieft in den Blick zu nehmen.[15] Denn sowohl in der seelsorgerlichen Theorie, als auch in der seelsorgerlichen Praxis sind Methoden ausgebildet worden, die in besonderer Weise auf den eigenen Standpunkt reflektieren helfen können. Darüber hinaus ist auch im Bereich der Seelsorge das Verhältnis von reflexiver Distanznahme und eigenem, praktischen Handeln intensiv diskutiert worden. Die Grundlage für all solche Modifikationen bildet jedoch die Sensibilisierung dafür, dass es einer Soziologie der angewandten Ethik bedarf, deren Pragmata selbst auf die Theorie der angewandten Ethik zurückwirken können.

---

[14] Zur Diskussion über das Selbstverständnis des Ethikers vgl. die Beiträge Gesang, Bernward (2002) (Hg.): Biomedizinische Ethik. Aufgaben, Methoden, Selbstverständnis. Paderborn sowie Porz, Rouven/ Rehmann-Sutter, Christoph/ Scully, Jackie Leach/ Zimmermann-Acklin, Markus (2007): Gekauftes Gewissen? Zur Rolle der Bioethik in Institutionen. Paderborn.

[15] Erste Ansätze zu einer Neubelebung dieses Verhältnisses finden sich in dem Beiträgen des entsprechenden, 2006 erschienenen Themenhefts von „Wege zum Menschen", vgl. insbes. Schneider-Harpprecht, Christoph (2006): Was kann die Ethik von der Seelsorge lernen? In: Wege zum Menschen 58, 270–282; Körtner, Ulrich H. J.: Ist die Moral das Ende der Seelsorge, oder ist die Seelsorge am Ende Moral? In: Wege zum Menschen 58 (2006), 225–245, Fischer, Johannes (2006): Ethische Dimensionen der Spitalseelsorge. In: Wege zum Menschen 58, 207–224.

Literaturverzeichnis

Anselm, Reiner (2003): Rezension von Johannes Fischer: Theologische Ethik. Grundwissen und Orientierung, Stuttgart u.a.. 2002, in: Zeitschrift für Evangelische Ethik 47, 235-238.

Arndt, Marianne (1996): Ethik denken – Maßstäbe zum Handeln in der Pflege, Stuttgart.

Beckmann, Jan P. (1996) (Hg.): Fragen und Probleme einer medizinischen Ethik, Berlin u.a.

Borry, Pascal; Schotsmans, Paul; Dierickx, Kris (2004): Editorial. Empirical Ethics: A challenge to bioethics. In: Medicine, Health Care and Philosophy, Jg. 7, 1–3.

Bundesärztekammer (2006) (Hg.): Ethikberatung in der klinischen Medizin. Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer (24. Januar 2006), in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 103, Heft 24 vom 16. Juni 2006, A 1703-1707.

Colby, Anne / Kohlberg, Lawrence (1978): Das moralische Urteil. Der kognitionszentrierte entwicklungspsychologische Ansatz, in: Steiner, Gerhard (Hg.): Piaget und die Folgen. Entwicklungspsychologie, Denkpsychologie, genetische Psychologie, (Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd. VII), Zürich, 348-366.

Everts, Edzard (2006): Klinische Ethik-Komitees und Krankenhausseelsorge. Die Grenzen der Medizin und die Funktion des Krankenhausseelsorgers, in: WzM 58, 345-357.

Faden, Ruth R. / Beauchamp, Tom L. (1986): A History and Theorie of Informed Consent, New York.

Falk Wagner: (1989): Was ist Theologie?, Gütersloh.

Fischer, Johannes (2002): Theologische Ethik. Grundwissen und Orientierung, Stuttgart / Berlin / Köln.

Fischer, Johannes (2004): Theologische Ethik und die Forderung nach Selbstbeschränkung religiöser Überzeugungen im öffentlichen Raum, in: Zeitschrift für Evangelische Ethik 48. Jg., 247-266.

Fischer, Johannes (2005): Moralische und sittliche Orientierung. Eine metaethische Skizze, in: ThLZ 130. Jg., Heft 5, 471-488.

Fischer, Johannes (2006): Ethische Dimensionen der Spitalseelsorge. in: Wege zum Menschen, Jg. 58, 207–224.

Gesang, Bernward (Hg.) (2002): Biomedizinische Ethik. Aufgaben, Methoden, Selbstverständnis. Paderborn.

Gordijn Bert / Steinkamp Norbert (2000): Entwicklung und Aufbau Klinischer Ethikkomitees in den Krankenhäusern der Malteser Trägerschaft. Ein Werkstattbericht, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 46 Jg., 305-310.

Grahmann, Reinhard (1996): Konflikte im Krankenhaus. Ihre Ursachen und ihre Bewältigung im pflegerischen und ärztlichen Bereich, Bern.

Habermas, Jürgen (1981): Theorie des kommunikativen Handelns, Band 2: Zur Kritik der funktionalistischen Vernunft, Frankfurt a.M.

Habermas, Jürgen (1983): Diskursethik - Notizen zu einem Begründungsprogramm. In: Ders., Moralbewusstsein und kommunikatives Handeln. Frankfurt a.M.

Habermas, Jürgen (1991): Erläuterungen zur Diskursethik, Frankfurt a.M.

Heller, Andreas (2003): In organisationalen Widersprüchen handeln. Zum Organisationsbezug in der Krankenhausseelsorge, in: Ders. / Krobath, Thomas (Hg.) (2003): OrganisationsEthik. Organisationsentwicklung in Kirchen, Caritas und Diakonie, Freiburg i. Br.

Henting, Hartmut von (1973): „Komplexitätsreduktion“ durch Systeme oder „Vereinfachung“ durch Diskurs? In: Franz Maciejewski (Hrsg.): Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie. Beiträge zur Habermas-Luhmann-Diskussion, Frankfurt a.M.

Homann, Karl (1993): Art. Wirtschaftsethik, in: Enderle, Georges / Homann, Karl / Honecker, Martin / Kerber, Walter / Steinmann, Horst (Hg.): Lexikon der Wirtschaftsethik, Freiburg / Basel / Wien, 1287.

Joas, Hans (1997): Die Entstehung der Werte, Frankfurt a.M.

Joas, Hans (2004): Braucht der Mensch Religion?, Freiburg i.Br.

Josuttis, Manfred (1982): Der Pfarrer ist anders: Aspekte einer zeitgenössischen Pastoraltheologie, München.

Kant, Immanuel (1983): Beantwortung der Frage: Was ist Aufklärung, in: Kant, Immanuel: Werke, Bd. 9, hg. von Wilhelm Weischedel. Darmstadt, 50–61.

Karle, Isolde (1996): Seelsorge in der Moderne. Eine Kritik der psychoanalytisch orientierten Seelsorgelehre, Neukirchen-Vluyn.

Karle, Isolde (2001): Der Pfarrberuf als Profession. Eine Berufstheorie im Kontext der modernen Gesellschaft (Praktische Theologie und Kultur 3), Gütersloh.

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands / Deutscher Evangelischer Krankenhausverband (1997) (Hg.): Ethik-Komitee im Krankenhaus, Freiburg.

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands / Deutscher Evangelischer Krankenhausverband (1999) (Hg.): Ethik-Komitee im Krankenhaus. Erfahrungsberichte zur Einrichtung von Klinischen Ethik-Komitees, Freiburg.

Kettner, Matthias (1999): Zur moralischen Qualität klinischer Ethik-Komitees. Eine diskursethische Perspektive, in: Rippe, Klaus Peter (Hrsg.): Angewandte Ethik in der pluralistischen Gesellschaft, Freiburg, 335-357.

Kettner, Matthias / May, Arnd (2000): Ethik-Komitees in der Klinik. Zur Moral einer neuen Institution, in: Forum TTN 7, 27-41.

Kielmansegg, Peter (1988): Das Experiment der Freiheit. Zur gegenwärtigen Lage des demokratischen Verfassungsstaates, Stuttgart.

Kirchenamt der EKD (2004) (Hg.): Die Kraft zum Menschsein stärken – Leitlinien für die evangelische Krankenhausseelsorge. Eine Orientierungshilfe, Hannover.

Klessmann, Michael (1990): Art. Krankenhausseelsorge. in: Theologische Realenzyklopädie, Band XIX, 669-675.

Klessmann, Michael (1997): Die Stellung der Krankenhausseelsorge in der Institution Krankenhaus, in: Heller, Andreas / Stenger, Hermann (Hg.): Den Kranken verpflichtet, Innsbruck, 30-48.

Klessmann, Michael (2001): Handbuch der Krankenhausseelsorge. 2., überarb. und erw. Aufl. Göttingen.

Körtner, Ulrich H. J. (2004): Grundkurs Pflegeethik, Wien.

Körtner, Ulrich H. J. (2006): Ist die Moral das Ende der Seelsorge, oder ist die Seelsorge am Ende Moral?, in: Wege zum Menschen, Jg. 58, 225–245.

Körtner, Ulrich H.J. (1999): Evangelische Sozialethik. Grundlagen und Themenfelder, Göttingen.

Krohn, Wolfgang (1999): Funktionen der Moralkommunikation. In: Soziale Systeme, Jg. 5, 313–338.

Lachmann, Mareike (2005): Gelebtes Ethos in der Krankenpflege, Stuttgart.

Lepenies, Wolf (2006): Kultur und Politik. Deutsche Geschichten, München.

Ley, Friedrich (2003): Institutionalisierte Moral? Die Einrichtung Klinischer Ethik-Kommitees als Forschungsgegenstand. In: Zeitschrift für evangelische Ethik, Jg. 47, 280–292.

Ley, Friedrich(2005): Klinische Ethik. Entlastung durch Kommunikation?, in: Ethik in der Medizin 17. Jg., 298-309.

Lübbe, Hermann (1989): Risiko und Lebensbewältigung. In: Hosemann, Gerhard (Hg.): Risiko in der Industriegesellschaft. Analysen, Vorsorge und Akzeptanz, Erlangen, 15–22.

Lübbe, Hermann (1990): Der Lebenssinn der Industriegesellschaft. Über die moralische Verfassung der technischen Zivilisation. Berlin.

Luckmann, Thomas (²1993): Die unsichtbare Religion, Frankfurt a.M.

Luhmann, Niklas (1983): Legitimation durch Verfahren, Frankfurt a.M.

Luhmann, Niklas (1989): Die Ausdifferenzierung der Religion, in: Ders.: Gesellschaftsstruktur und Semantik. Studien zur Wissenssoziologie der modernen Gesellschaft, Bd. 3, Frankfurt a.M., 259-357.

Luhmann, Niklas (1989): Ethik als Reflexionstheorie der Moral, in: Ders.: Gesellschaftsstruktur und Semantik. Studien zur Wissenssoziologie der modernen Gesellschaft, Bd. 3, Frankfurt a.M., 358-447.

Luhmann, Niklas (1997): Die Gesellschaft der Gesellschaft, Frankfurt a.M.

Luhmann, Niklas (³1990): Ökologische Kommunikation. Kann die moderne Gesellschaft sich auf ökologische Gefährdungen einstellen?, Opladen.

Luhmann, Niklas (³1996): Paradigma lost. Über die ethische Reflexion der Moral (Rede anlässlich der Verleihung des Hegel-Preises 1989). Frankfurt a.M.

Luther, Henning (1988): Diakonische Seelsorge. in: Wege zum Menschen, 40. Jg., 475-484.

Luther, Henning (1991): Leben als Fragment. Der Mythos von der Ganzheit. in: Wege zum Menschen, 43. Jg., 262-273.

Luther, Henning (1992): Religion und Alltag. Bausteine zu einer Praktischen Theologie des Subjekts, Stuttgart.

Luther, Martin (1979): Von weltlicher Obrigkeit. Wie weit man ihr Gehorsam schuldig sei. In: Luther, Martin: Studienausgabe. Herausgegeben von Hans-Ulrich Delius. Berlin, 27–71.

Nassehi, Armin (2006): Die Praxis ethischen Entscheidens. Eine soziologische Forschungsperspektive, in: Zeitschrift für medizinische Ethik, 52. Jg. , 367-377.

Nauer, Doris (2001): Seelsorgekonzepte im Widerstreit, Stuttgart.

Oevermann, Ulrich (1978): Probleme der Professionalisierung in der berufsmäßigen Anwendung sozialwissenschaftlicher Kompetenz. Einige Überlegungen zu Folgeproblemen der Einrichtung berufsorientierter Studiengänge für Soziologen und Politologen, Frankfurt a.M.

Olbrich, Christa (1999): Pflegekompetenz, Bern.

Porz, Rouven; Rehmann-Sutter, Christoph; Scully, Jackie Leach; Zimmermann-Acklin, Markus (2007): Gekauftes Gewissen? Zur Rolle der Bioethik in Institutionen, Paderborn.

Prüll, Cay-Rüdiger (2000): Paternalismus, Herrschaftswissen, Teamarbeit – Wandlungen der Krankenhaus- und Klinikstruktur seit 1900, in: Deutsche medizinische Wochenschrift, 12. Jg., 372-273.

Rawls, John (1975): Eine Theorie der Gerechtigkeit, Frankfurt a.M.

Rawls, John (1996): Political Liberalism, New York, Chichester, West Sussex.

Reiter-Theil, Stella (1999): Ethik in der Klinik – Theorie für die Praxis: Ziele, Aufgaben und Möglichkeiten des Ethik-Konsils, in: Ethik in der Medizin 11, Jg., 222-232.

Reiter-Theil, Stella (2004): Does empirical research make bioethics more relevant? „The embedded researcher" as a methodological approach, in: Medicine, Health Care and Philosophy, Jg. 7, 17–29.

Reiter-Theil, Stella / Hiddemann, Wolfgang (2000): Ethik in der Medizin. Bedarf und Formen, in: Der Ophthalmologe, Jg. 97, 66–77.

Rendtorff, Trutz (1977): Zweireichelehre oder die Kunst des Unterscheidens, in: Duchrow, Ulrich (Hg.): Zwei Reiche und Regimente. Ideologie oder evangelische Orientierung? Internationale Fall- und Hintergrundstudien zur Theologie und Praxis lutherischer Kirchen im 20. Jahrhundert, Gütersloh (Studien zur evangelischen Ethik 13), 49–60.

Ricken, Friedo ([2]1989): Allgemeine Ethik, Stuttgart.

Rosenthal, Gabriele (1995): Erlebte und erzählte Lebensgeschichte. Gestalt und Struktur biographischer Selbstbeschreibungen, Frankfurt a.M.

Saake, Irmhild (2003): Die Performanz des Medizinischen. Zur Asymmetrie in der Arzt-Patienten-Interaktion, in: Soziale Welt 54. Jg., 223-254.

Saake, Irmhild / Kunz, Dominik (2006): Von Kommunikation über Ethik zu „ethischer Sensibilisierung“: Symmetrisierungsprozesse in diskursiven Verfahren, in: Zeitschrift für Soziologie, Jg. 35, 41–56.

Sass, Hans-Martin (1992): Informierte Zustimmung als Vorstufe zur Autonomie des Patienten, Bochum.

Schaeffer, Doris / Rennen-Allhoff, Beate (Hg.) (2003): Handbuch Pflegewissenschaft, Weinheim.

Schara, Joachim (1992): Ethische Analyse intensivmedizinischer Fälle. Anmerkungen zum Verhältnis von medizinischer Technik und ärztlicher Verantwortung, Bochum.

Scheibler, Fülöp / Pfaff, Holger (2003): Shared Decision-Making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess, Weinheim.

Schneider-Harpprecht, Christoph (2006): Was kann die Ethik von der Seelsorge lernen?, in: Wege zum Menschen, Jg. 58, 270–282.

Schütze, Fritz (1983): Biographieforschung und Narratives Interview, in: Neue Praxis, 13. Jg., 283-293.

Schwerdt, Ruth (1998): Eine Ethik für die Altenpflege. Ein transdisziplinärer Versuch aus der Auseinandersetzung mit Peter Singer, Hans Jonas und Martin Buber, Bern.

Simon, Alfred (2000): Klinische Ethikberatung in Deutschland. Erfahrungen aus dem Krankenhaus Neu-Mariahilf in Göttingen, in: Berliner Medizinische Schriften 39. Jg., 11.

Steinkamp, Norbert / Gordijn, Bert (2003): Ethik in der Klinik – ein Arbeitsbuch. Zwischen Leitbild und Stationsalltag, Neuwied.

Sulilatu, Saidi (2004): Klinische Ethikkomitees und Patientenautonomie. Zur Technisierung der Medizinethik. Vortrag auf der Tagung der Sektion Wissenschafts- und Technikforschung der DGS am 9.-10.Januar 2004 an der Humboldt-Universität Berlin.

Troeltsch, Ernst (1912): Die Soziallehren der christlichen Kirchen und Gruppen. Gesammelte Schriften, Bd. 1, Tübingen.

van den Daele, Wolfgang (2001): Von moralischer Kommunikation zur Kommunikation über Moral. Reflexive Distanz in diskursiven Verfahren, in: Zeitschrift für Soziologie, 30. Jg., 4-22.

van Oorschot, Birgitt / Anselm, Reiner (Hg.) (2007): Mitgestalten am Lebensende. Handeln und Behandeln Sterbenskranker. Göttingen.

Weber, Georg / Weber-Schlenther, Renate / Nassehi, Armin / Sill, Oliver / Kneer, Georg (1995): Die Deportation der Siebenbürger Sachsen in die Sowjetunion 1945-1949, Köln, Weimar, Wien.

Weidner, Frank (1995a): Professionelle Pflegepraxis – ausgewählte Ergebnisse einer Untersuchung auf der Grundlage eines handlungsorientierten Professionalisierungsverständnisses, in: Pflege, 8. Jg., 49-58.

Weidner, Frank (1995b): Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege, Frankfurt a.M.

Winkler, Klaus (2000): Seelsorge, Berlin.

Ziemer, Jürgen (2004): Seelsorgelehre, Göttingen.

Hinweise zu den Autoren

REINER ANSELM, Prof. Dr. theol., Inhaber des Lehrstuhls für Ethik der Theologischen Fakultät der Georg-August-Universität Göttingen, seit dem WS 2005/06 beurlaubt zur Wahrnehmung einer Forschungsprofessur am Zentrum für Religion, Wirtschaft und Politik an der Theologischen Fakultät der Universität Zürich; von 2002 bis 2006 Leiter (zusammen. mit Armin Nassehi und Michael Schibilsky) des interdisziplinären DFG-Forschungsprojekts „Ethik und Organisation".
Letzte Veröffentlichungen: Verantwortungsvoller Umgang mit genetischen Informationen, in: Nikolaus Knoepffler, Dagmar Schipanski, Otmar Wiestler (Hg.): Krebsmedizin als gesellschaftliche Herausforderung, Freiburg 2007.

ANNE BRISGEN, Vikarin der Augustinergemeinde in Gotha.

MAREIKE LACHMANN, Dr. theol., wissenschaftliche Assistentin am Lehrstuhl für Praktische Theologie der Evangelisch-Theologischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München; Pfarrerin der Evang.-Luth. Landeskirche in Bayern.
Letzte Veröffentlichung: Gelebtes Ethos in der Krankenpflege. Berufs- und Lebensgeschichten, Stuttgart 2005.

FRIEDRICH LEY, derzeit Vikar der Ev.-luth. Landeskirche Hannover, von 2002-2006 Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Projekt „Ethik und Organisation" am Lehrstuhl für Ethik der theologischen Fakultät der Georg-August-

Universität Göttingen; abgeschlossene Dissertation zum Thema „Religionstheoretische Motive in der Kulturanthropologie Arnold Gehlens".

Letzte Veröffentlichungen: Klinische Ethik. Entlastung durch Kommunikation?, in: Ethik in der Medizin 17 (2005), 298-309.

ANNE-KATHRIN LÜCK, Studentin der Evangelischen Theologie an der Georg-August-Universität Göttingen.

JULIA INTHORN, Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Ethik und Recht in der Medizin, Universität Wien; 2006 Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt „Ethik und Organisation" am Lehrstuhl für Ethik der theologischen Fakultät der Georg-August-Universität Göttingen.

Letzte Veröffentlichungen: Zivilgesellschaft: Normativer Gehalt des Begriffs und sozialwissenschaftliche Forschung, in: Inthorn, Julia u.a. (Hrsg.): Zivilgesellschaft auf dem Prüfstand. Modelle – Argumente – Anwendungsfelder, Stuttgart 2005.

CONSTANTIN PLAUL, Studium der Theologie und Philosophie in Halle (Saale), vorher in Göttingen und Kyoto.

STEPHAN SCHLEISSING, Dr. theol., Wissenschaftlicher Assistent am Lehrstuhl für Ethik der Theologischen Fakultät der Universität Göttingen; Pfarrer der Evang,-Luth. Landeskirche in Bayern.

Letzte Veröffentlichungen: Das Maß des Fortschritts. Zum Verhältnis von Ethik und Geschichtsphilosophie aus theologischer Perspektive, Göttingen (im Erscheinen)

„Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie Ihren Arzt, Apotheker – oder das Klinische Ethik-Komitee in Ihrer Umgebung." Die Einrichtung von Klinischen Ethik-Komitees ist eine direkte Reaktion auf die Professionalisierung des Medizinbetriebs und die Erfolge in der Medizintechnik. Seit jeher bezeichnet man mit Fortschritt in der Medizin mehr als nur einen technischen Fortschritt. Gerade dessen unbestreitbare Erfolge stellen Mediziner, Pflegekräfte, Seelsorger und die Geschäftsführung zugleich vor neue Fragen und Probleme. Mit der Institutionalisierung klinischer Ethikberatung verbindet sich die Erwartung, die komplexen Verständigungsprozesse auf eine gemeinsame Grundlage zu stellen. Welche Aufgaben übernehmen Ethik-Komitees in Krankenhäusern? Wie wird dort Ethik zum Thema? Und wie kommunizieren Theologen und Pflegekräfte in diesen Gremien? Die Beiträge dieses Bandes fassen aus theologischer und philosophischer Sicht zentrale Forschungsergebnisse zusammen, die im Rahmen des DFG-geförderten Forschungsprojekts „Ethik und Organisation" zur Diskussion standen.



ISBN-13: 978-3-940344-18-2

Universitätsverlag Göttingen